FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

APPENDICITE

ET

TUBERCULOSE

PAR

SUZANNE MALLON

Licencié ès-Sciences
Préparateur au Laboratoire de Pharmacologie
de la Faculté de Médecine de Paris

Président : M. POUCHET, *Professeur*

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1920

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : M. POUCHET

Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Médecine opératoire	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générale	N.
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	PIERRE DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchement	BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT DES SAIGNES
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN
Clinique d'otorhino laryngologie	SEBILEAU

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	JEANNIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JOUSSET ANDRÉ	MOCQUOT	ROUVIÈRE
CAMUS	LABBÉ (HENRI)	MULON	SCHWARTZ (A)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBÉCOURT	TANON
CHEVASSU	LECÈNE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMARET	LEMIERRE	OMBRÉDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GRÉGOIRE	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUILLAIN	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde affection et de toute ma reconnaissance

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POUCHET

PROFESSEUR DE PHARMACOLOGIE ET MATIÈRE MÉDICALE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL SUPÉRIEUR
D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE
DIRECTEUR DU LABORATOIRE DU CONSEIL SUPÉRIEUR
D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE
MEMBRE DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

notre dernier maître, dont nous sommes le préparateur au Laboratoire de Pharmacologie et qui a consenti paternellement à présider cette thèse ébauchée avant que nous ayons l'honneur de travailler au Laboratoire. Nous voulons l'assurer de nos dévoués sentiments et de notre reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

A NOS PROFESSEURS DE LA FACULTÉ

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Sincère hommage.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR QUÉNU

chez qui nous avons fait notre première année au début de la Grande Guerre.

AU REGRETTÉ DOCTEUR MOSNY

in Memoriam

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUINON

qui fut tout particulièrement un Maître vénéré et à qui nous exprimons une respectueuse affection ainsi qu'une gratitude infinie pour l'élan qu'il nous donna dans l'étude des maladies infantiles et pour l'esprit humanitaire qui animait tout son service.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ARROU

qui nous fit aimer la chirurgie et développa notre sens clinique.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VAQUEZ

dans le service duquel un séjour de dix-huit mois nous laissa un souvenir de travail intense et intensément intéressant auprès de MM. les docteurs Laubry et Esmein.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SIREDEY

chez qui notre stage de six mois fut trop court, à notre avis, et à qui nous promettons de suivre ultérieurement ses consultations gynécologiques si fructueuses d'enseignements.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DESMAREST

dont l'inlassable activité nous anima d'un zèle ardent.

INTRODUCTION

C'est auprès de notre regretté Maître, le Dr Mosny, que nous avons été initiée aux multiples formes de la tuberculose pulmonaire. Ayant eu le malheur de perdre ainsi notre père, après de longues années de souffrances, l'enseignement du Maître s'implanta en racines profondes et, dès lors, « la Tuberculose » devint l'objet constant de notre attention.

Au fur et à mesure que nos études avancèrent, le champ s'élargit.

Dans le service du Dr Desmarest, notre intérêt se tourna vers la chirurgie intestinale.

C'est alors que nos investigations dans la littérature médicale et nos souvenirs de consultations suscitèrent en nous le goût d'une étude plus approfondie et plus spéciale des rapports de la tuberculose pulmonaire avec l'appendicite.

La statistique du Docteur Sabourin annonce une fréquence de l'appendicite atteignant les chiffres de 40 %, 50 % et même 60 % dans certaines séries des tuberculeux du sanatorium de Durtol.

Une relation s'impose entre ces deux affections. On ne peut admettre qu'une pure et simple coïnci-

dence puisse se compter par des proportions de 50 % de façon à peu près constante.

Au même degré que la tuberculose pulmonaire, l'appendicite a besoin d'être recherchée pour être dépistée. Elle est bien souvent avortée et son polymorphisme et parfois même son amorphisme est tel que l'on passe bien souvent à côté. Pour la diagnostiquer, tout médecin doit être aussi chirurgien. Nous remercions nos Maîtres de nous avoir rompue à ausculter systématiquement les malades venus consulter pour une affection abdominale et réciproquement à palper les ventres même lorsqu'on vient nous confier une bronchite banale.

Aussi, bien des affections chroniques de l'appendice nous ont été révélées qui avaient été jusqu'alors insoupçonnées et traitées pour une menace de tuberculose.

Suralimentation, médicaments toniques ne faisaient qu'exaspérer les troubles de la nutrition. Un beau jour l'évidence se faisait du côté thoracique comme du côté abdominal.

L'histoire des rapports entre la tuberculose et l'appendicite marque plusieurs étapes :

1° Appendicite simulant la tuberculose pulmonaire (Type, Faisans, Walther).

2° Appendicite menant à la tuberculose pulmonaire (Sergent).

3° Appendicite trahissant la tuberculose pulmonaire en l'exaltant (Sabourin).

Pour les uns, certaines formes thoraciques de l'appendicite ne s'accompagnent pas de véritable tuberculose.

Pour les autres, il y *aura* tuberculose si l'on n'intervient pas à temps.

Pour d'autres, enfin : il y a *déjà* tuberculose. Tuberculose latente, méconnue mais tuberculose véritable.

L'imprégnation bacillaire portée au maximum, détermine l'*appendicite tuberculeuse* avec ses lésions bien spécifiques : follicules tuberculeux, cellules géantes ; mais le plus souvent, et cette forme nous intéresse bien davantage, il s'agit de lésions appendiculaires purement inflammatoires sans aucun caractère spécifique : *Appendicite aspécifique* chez un tuberculeux et d'origine vraisemblablement tuberculeuse.

Nous ne consacrerons pas à l'appendicite spécifiquement tuberculeuse, tout l'intérêt que mériterait cette étude. Nous omettrons volontairement tout le chapitre de l'anatomie pathologique que l'on trouvera développé avec ampleur dans les thèses de Lesneur, Ste-Marie Dodeuil, etc.

Nous voulons seulement donner une vue d'ensemble de l'influence exercée sur l'appendice par l'intoxication tuberculeuse et vice-versa.

CHAPITRE I

Appendicite tuberculeuse

Les tuberculeux pulmonaires encombrent les services de médecine. Ils sont les victimes communes du surmenage, de la misère physiologique des grandes villes dont le bacille de Koch est le commensal habituel.

Les appendicitaires, eux aussi, encombrent les services de chirurgie.

La coexistence de ces deux affections chez le même individu est peu recherchée dans les services hospitaliers, où il faut parer au plus vite aux accidents les plus bruyants, qu'ils soient du côté pulmonaire ou du côté appendice, les uns masquent les autres, et les malades ne reviennent plus lorsque les troubles qui les effrayaient ont disparu.

Devons-nous croire à une simple coïncidence? Le déterminisme scientifique a tué le hasard. Voyons quelles actions réciproques exercent entre elles tuberculose et appendicite.

Il y a un antagonisme curieux entre l'atteinte tuberculeuse se localisant avec une prédilection marquée sur l'un des viscères les plus importants de l'économie : le poumon et l'appendicite qui affecte un organe infime, un vestige du cœcum rétracté de la vie embryonnaire. Ce rudiment peut cependant devenir un réceptacle de souffrance, une épine mortelle.

Le vermium est bien pourvu pour cela, c'est un carrefour de l'intestin, particulièrement vulnérable à toutes les infections.

Talamon et Dieulafoy lui ont appliqué la théorie du vase clos « une certaine disposition anatomique, l'occlusion de la cavité appendiculaire est la condition nécessaire et suffisante de l'infection ». Nous admettrons la théorie de l'infection pure et simple en dehors de toute condition anatomique préalable.

L'appendice luxueusement pourvu de tissu lymphoïde se laisse aisément pénétrer par les agents microbiens, c'est « l'amygdale de l'intestin ». Les nombreux follicules clos qui tapissent l'appendice en font une vaste plaque de Peyer et sont autant de points d'élection de l'infection microbienne.

Sa situation a aussi été reconnue comme éminemment favorable. Reclus le désigne « un diverticule de diverticule, un cœcum du cœcum ». Sa déclivité en fait un lieu de stagnation et sa forme étroite, longue et contournée le met dans un état de microbisme constant.

Son infortune naturelle expose l'appendice à tou-

tes les atteintes, atteintes d'infection banale le plus souvent mais parfois aussi, lorsque le terrain tuberculeux (dont nous voulons uniquement nous occuper) poussera son imprégnation bacillaire au maximum, le retentissement pourra se faire sentir au niveau de l'appendice ; le plus souvent au niveau du cœcum et l'on aura la tuberculose iléo-cœcale commune — l'extension se faisant jusque sur l'appendice d'où tuberculose secondaire de l'appendice — que nous laisserons de côté — mais aussi, et c'est ce qui nous intéresse, l'ensemencement tuberculeux pourra se faire primitivement sur l'appendice lui-même : véritable appendicite tuberculeuse.

Sur 500 Nécropsies, Letulle a noté des lésions bacillaires de l'appendice, 144 fois, parmi lesquelles, dans 12 cas, cet organe seul de toute la masse intestinale était altéré.

Etiologie.

La voie d'accès la plus admise est la voie intestinale, la pénétration microbienne se faisant à travers la muqueuse ulcérée, ou saine dans l'interstice de deux cellules. La déglutition des crachats bacillifères ou d'aliments tuberculeux détermine le cheminement du bacille de Koch dans le tractus digestif et l'appendice où la stagnation est poussée au maximum, devient un locus résistantiœ : un centre de pullulation.

La voie lymphatique est plus rarement en cause. Dans les cas de tuberculose du péritoine ou des an-

nexes, la traversée du bacille se fait de la séreuse vers la muqueuse.

La voie sanguine a soulevé bien des controverses, on l'a niée longtemps. Nous nous demandons avec Beaugendre, si, dans les cas de septicémie bacillaire où la tuberculose se fixe sur l'appendice, il ne faut pas admettre que cet organe joue alors, non pas le rôle de fixateur de microbes, mais d'*éliminateur* chargé de rejeter dans l'intestin les microbes disséminés dans le sang.

C'est l'extension à l'appendice de la théorie hématogène de Charles Richet fils, déjà appliquée aux glandes salivaires, à la vésicule biliaire.

L'hypothèse nous semble séduisante; malheureusement, nous ne pouvons que citer les expériences de Charrin et Gouget qui, en 1897, déterminèrent des pseudo-bacilloses électives sur le foie, la rate, les ganglions mésentériques et l'appendice par injections intra-veineuses de strepto-bacilles. De même les expériences de Dominici avec le bacille typhique, de Mosny avec des toxines pneumococciques et staphylococciques ont prouvé que l'on pouvait produire l'appendicite folliculaire par l'infection sanguine.

En 1899, à la Société anatomique, Mauclaire et Aglave présentèrent le cas d'un nouveau-né de 6 jours, opéré pour occlusion intestinale et qui présenta des lésions tuberculeuses de l'intestin, du cœcum, de l'iléon, des vaisseaux mésentériques. La voie d'apport n'avait pu être que la voie sanguine pendant la vie intra-utérine, la septicémie maternelle

ayant franchi le placenta, ces cas d'infection hématogène ne peuvent être niés ; il faut admettre qu'il y a, à un moment quelconque, une bacillémie transitoire déterminant une localisation dans les parenchymes ; l'appendice serait alors affecté au même titre que l'endocarde ou le rein, ou les séreuses articulaires.

A côté de l'invasion bacillaire il peut y avoir une infections simultanée due aux auteurs habituels de la crise appendiculaire : coli-bacille, streptocoque et staphilocoques.

Jalaguier enseigne même que les premières attaques d'appendicite chez les individus voués à la tuberculose, servent, par la suite, à la localisation appendiculaire du bacille de Koch.

Au contraire, le Professeur Cornil prétend que la tuberculose sert de point d'appel aux infections communes et que la lésion, latente jusqu'alors, malgré l'altération des parois, se révèle bruyamment sous une influence secondaire. La crise d'appendicite est alors provoquée par une cause banale qui souvent empêche de soupçonner la lésion tuberculeuse primitive.

Letulle, dans la *Revue de la tuberculose*, en 1905, a publié un beau cas d'appendicite bacillaire ulcéreuse, compliquée d'un processus infectieux.

OBSERVATION I

Il s'agit d'un tuberculeux pulmonaire de vingt-six ans, soigné dans le service du docteur Letulle en 1904.

Pendant les cinq premiers mois de son hospitalisation, ce malheureux eut à subir cinq poussées d'appendicite aiguë caractéristiques par leur forme circonscrite et par les vomissements répétés. Epuisé par ces attaques subintrantes, le malade réclamait une intervention. Malgré ses hésitations basées sur l'idée qu'il avait d'une appendicite chronique tuberculeuse, M. Letulle finit par céder aux instancees du patient.

L'appendice fut extrait sans peine, bien qu'adhérent et on y trouva deux ordres de lésions très différentes.

D'une part, une tuberculose avancée de la muqueuse. Les placards caséeux s'y montrent nombreux, étalés, parsemés de cellules géantes et saillantes dans la cavité appendiculaire incomplètement remplie de pus caséeux.

D'autre part, sur les points où la muqueuse n'est pas encore détruite par la tuberculose, il est facile de reconnaître les lésions de l'appendicite aiguë folliculaire non tuberculeuse. Les lymphatiques sont gorgés de leucocytes infectés par une altération aiguë térébrante, classique.

Et M. Letulle conclut : « Ce cas fort net montre la tuberculose de l'appendice compliquée d'appendicite simple ordinaire.

Tuberculose primitive? Infection banale secondaire? la solution reste dans le domaine des hypothèses.

Hérisson combat cette théorie et prétend que le bacille de Koch est très capable, à lui seul, de déclancher des accidents aigüs.

Les examens microscopiques sont peu nombreux qui montrent la coexistence de lésions banales et de lésions spécifiques. On a répondu à cela que le bacille

de Koch dans l'appendice, entrave le développement des autres infections microbiennes. Il y a un antagonisme qui rend la dualité rarement réalisable.

Symptomatologie de l'appendicite tuberculeuse aigue.

L'appendicite aiguë tuberculeuse dont probablement la crise est déterminée par les germes habituels, revêt les mêmes caractères que la crise banale.

Les accidents éclatent en coup de pistolet. La douleur spontanée est très vive dans la fosse iliaque droite avec maximum au point de Mac Burney, le ventre est ballonné avec défense musculaire et hyperesthésie.

Les vomissements d'abord alimentaires deviennent bientôt bilieux. La langue est sèche et la constipation habituelle. Le facies est grippé, le pouls petit, rapide. L'ascension thermique atteint 38° ou 39.

Le syndrôme clinique est si peu différent de celui de l'appendicite banale, que c'est l'évolution ultérieure qui fait le diagnostic. L'examen histologique bactériologique et l'inoculation au cobaye, tranchent la question.

Pour Poncet, il y aurait 4 % des cas tuberculeux sur la totalité des appendicites aiguës.

Bouilly et Terrier, en 1852, à la suite d'une appendicectomie à chaud, eurent une fistule pyo-stercorale avec ulcération de la paroi.

Ricard cite un cas où, six semaines après une ap-

pendicectomie, la malade présentait une adénopathie cervicale suivie d'une septicémie tuberculeuse avec 40°.

Bouglé cite aussi un cas où le lendemain de l'intervention une broncho-pneumonie se déclarait.

Ces surprises post-opératoires diminuent de plus en plus, maintenant qu'on connaît quelques signes différenciels. Ils n'ont cependant aucun caractère désisif :

La *diarrhée* peut exister au cours de l'appendicite banale, précédée de grippe gastro-intestinale ou de dothienenthérie. Elle plaide cependant en faveur d'une tuberculose de l'appendice.

La tendance à la *récidive* est un meilleur signe. Il n'y a pas de résolution franche, la rémission est incomplète ; le malade continue à souffrir, la température est subfébrile, l'état général suspect. Le malade s'affaiblit, se cachectise. Cela s'explique très bien : la lésion tuberculeuse subsistant et préparant sans cesse la voie à des infections nouvelles.

Lassègue disait que la périty phlite à répétition, devait éveiller l'idée de tuberculose (Richelot : *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 23 mars 1892).

A la palpation, le placard plus ou moins volumineux, devient de plus en plus dur au lieu de se limiter et de s'atténuer.

En outre, il y a d'autres localisations viscérales tuberculeuses.

On pourrait, avec bénéfice, faire la séro-réaction de Arloing.

Pour Lejars (*Semaine Médicale*, 9 novembre 1910), un bon signe est le ballonnement du ventre hors de proportion avec les autres éléments de la crise aiguë (*gros ventre persistant* après la résolution de cette dernière).

Nous reproduisons une observation de Lejars à cet égard :

OBSERVATION II

Un jeune homme de 21 ans, au 5e jour d'une crise appendicitaire aiguë, entre dans le service.

La crise avait débuté brusquement, au cours du travail par une violente douleur iliaque. Le malade s'était couché ; un médecin appelé avait constaté de la fièvre et tous les signes d'une appendicite. Il avait institué la diète hydrique et les applications de glace, non toutefois sans avoir fait administrer un lavement. Au bout de 5 jours, la douleur ne cédant pas, le jeune homme s'était fait conduire à l'hôpital, et nous constations une « fin de crise » une température ne dépassant pas 38°, et un pouls bon, un ventre ballonné et sensible, avec une localisation douloureuse iliaque des plus nettes. Les accidents aigus se prolongèrent encore une semaine, puis la fièvre tomba, la douleur disparut, bien que le ventre restât volumineux. L'examen étant devenu dès lors facile, on découvrit une ascite assez considérable et je conclus sans hésitation à l'appendicite tuberculeuse. L'opération eut lieu un mois après l'entrée ; j'évacuai effectivement une abondante quantité de liquide clair; je trouvai l'épiploon, le péritoine pariétal et viscéral semés de granulations, et j'excisai un appendice rétro-cœcal épaissi, rouge, adhérent. La plaie fut réunie avec un drain. La guérison se fit lentement sans fistules.

Symptomatologie de l'appendicite chronique tuberculeuse.

Appendicite chronique tuberculeuse. — L'appendicite chronique tuberculeuse est infiniment plus fréquente. C'est une forme atténuée, évoluant à petit bruit et si l'on considère les examens nécropsiques de Lesueur, on se rend compte que la plupart des cas sont des trouvailles d'autopsies.

« Tout se borne, dit Lejars, à quelques douleurs sourdes dans la fosse iliaque droite, à quelques tiraillements, à une sensation de pesanteurs aisément éveillée par les fatigues.

Pas de vomissements, mais par période un état nauséeux ou saburral. S'il y a peu de localisations bacillaires, il n'y a pas de température ou du moins elle est peu élevée.

La diarrhée est fréquente. Petit la note 26 fois sur 66.

La palpation de la fosse iliaque droite peut être négative. Parfois on sent un petit cordon allongé, dur, roulant sous le doigt.

Plus souvent on a une sensation de résistance molle, pâteuse, ou bien une sorte de tuméfaction immobile assez mal limitée. Dans ces cas, le péritoine est atteint ou bien on se trouve en présence d'une tuberculose iléo-cœcale ».

On voit combien cette description se rapproche de celle qu'il faudrait faire pour l'appendicite chronique banale. Letulle pense que l'appendicite tuber-

culeuse chronique est follement commune et que toute appendicite chronique doit être, à priori, soupçonnée de nature tuberculeuse (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 1897). Nous pensont que la formule est volontairement exagérée.

L'ascite est pour Lejars un bon signe de diagnostic positif.

« Fut-elle de médiocre importance, si elle est bien démontrable et que, de plus, elle soit permanente, elle devra éveiller l'idée de tuberculose en présence d'une appendicite chronique toute banale par ailleurs, et parfois elle autorise un diagnostic ferme ».

Mais c'est surtout l'état général précaire, l'amaigrissement progressif, la perte rapide des forces, le teint cachectique, et surtout l'aggravation rapide de ces différents symptômes qui ont la plus grosse importance. La déchéance se poursuit avec une telle rapidité que la situation peut devenir immédiatement grave et forcer la main au chirurgien. Les formes toxi-infectieuses de l'appendicite chronique (congrès français de chirurgie, 1911, Walther-Silhol) se montrent surtout chez l'enfant et d'une façon moins grave, moins rapide et moins continue. Les lésions de la fosse iliaque présentent une extension disproportionnée avec l'acuité des symptômes généraux.

La palpation permet de sentir un plastron volumineux et dur ressemblant à une tumeur et éveillant l'idée d'une tuberculose iléo-cœcale. Ce plastron ne rétrocède pas, malgré le repos et la glace, ou bien le ventre est plat et souple dans la zône appendiculaire.

on ne sent pas de masses, pas de tumeurs mais une sorte de cordonnet vertical un peu bosselé, gros comme un doigt, sensible à la pression. Ce cordonnet avait été constaté par Lejars chez un de ses malades qui depuis un an et demi resta tel quel, ne paraissant nullement se modifier.

L'appendice enlevé était occupé par deux petits noyaux caséeux. Le contraste entre la gravité de l'état général, le volume et l'extension des lésions locales d'une part, d'autre part, l'absence de toute réaction péritonéale franche constitue l'élément principal de présomption, en faveur de la nature tuberculeuse d'une appendicite chronique. Si on y joint l'ascite, la notion d'une tuberculose viscérale reconnue ou latente, un séro-diagnostic positif, on a entre les mains tous les éléments actuels d'un diagnostic raisonné. Mais, le plus souvent, quoique les lésions anatomiques soient importantes, les symptômes cliniques sont nuls ou presque : sur les 240 cas d'appendicites constatées à l'autopsie par Lesueur, deux seulement avaient été diagnostiqués avant la mort.

OBSERVATION III

Observation due à l'obligeance de M. Siredey
(Thèse de Petit)

A. X., jeune fille de 14 ans, de belle apparence et de bonne santé habituelle. Réglée à 13 ans, régulièrement ; elle souffre à cette époque à la partie inférieure des deux fosses iliaques avec prédominance à droite. De plus, elle souffre fréquemment dans la fosse iliaque droite et aussi

dans toute la région sous-ombilicale de l'abdomen. Ce sont des coliques à siège vague, sans fièvre, ni malaises accentués.

Le frère de Mlle A. a présenté, vers 25 ans, et présente encore des signes manifestes de tuberculose pulmonaire. Sa mère est emphysémateuse et sujette aux bronchites.

Jusqu'en mars 1904, ces malaises étaient légers. A cette date, son frère fut atteint d'appendicite subaiguë et immobilisé pendant deux mois. Cet accident fixa plus vivement l'attention sur les malaises éprouvés par sa sœur ; on porta le diagnostic d'appendicite chronique qui fut confirmé quelques jours plus tard par le docteur Jalaguier.

Les parents acceptèrent l'opération ; le frère et la sœur furent opérés le même jour par le docteur Jalaguier.

A l'ouverture de l'adomen de la malade qui nous occupe, il s'écoula un peu de liquide citrin, puis on constata un épaississement manifeste de l'épiploon avec des franges graisseuses très développées, on voyait à la surface de la séreuse de petites granulations miliaires irrégulièrement disséminées.

L'appendice gros et long était très vascularisé et entouré de lobules de graisse. Sa surface légèrement bosselée laissait voir de petits points ecchymotiques en même temps que sa muqueuse épaissie, bourgeonnante en certains points, présentait de très petites érosions.

Il fut enlevé sans difficulté.

Un ganglion du volume d'une noisette, situé dans le méso, fut enlevé également. On distinguait à sa surface de petites granulations jaunes très caractéristiques.

Le microscope révéla au niveau de l'appendice des lésions banales d'appendicite chronique, tandis que sur les coupes du ganglion on reconnaissait plusieurs folli-

cules tuberculeux très nets avec ses trois zônes fibreuses embryonnaires et caséeuses avec de nombreuses cellules géantes.

A la suite de l'opération, la fièvre monte à 38°2 le soir, alors que la malade n'en avait jamais eu avant, puis tout rentra dans l'ordre et la guérison se fit sans incident.

Mais tandis que le frère reprit sa vie active au bout d'un mois $\frac{1}{2}$, la sœur dut rester immobilisée pendant ses 3 mois de séjour à la campagne, une courte promenade en voiture suffisait à la fatiguer. L'examen du ventre faisait constater dans les premiers jours de novembre un empâtement diffus, assez étendu au voisinage de la cicatrice se prolongant un peu en dedans et en bas. Pas d'ascite appréciable, rien aux poumons. Peu à peu, la température diminua, les douleurs aussi et l'empâtement encore perceptible actuellement n'a plus que la largeur d'une paume de main.

Mlle A. peut mener une vie plus active, n'a pas de fièvre et l'état général, sauf un peu de pâleur du visage, est satisfaisant.

CHAPITRE II

Appendicite aspécifique

La transition pourrait être insensible et nous mener, sans heurt, jusqu'à ces cas d'appendicite inflammataire banale chez les tuberculeux.

Nous avons vu des cas d'appendicites franchement tuberculeuses ; nous en avons vu d'autres où la coexistence des lésions banales et des lésions spécifiques pouvait nous faire admettre une sorte de balancement dans la virulence de l'imprégnation bacillaire.

Maintenant nous sommes en présence d'infections de caractère banal sur des terrains suspects.

Passons en revue les différentes attitudes d'esprit.

1° Appendicite simulant la tuberculose

La première interprétation extrêmement intéressante par les débats soulevés et par les faits curieux sur lesquels elle s'appuie, comprend dans ses rangs des observateurs remarquables : Faisans, Walther, Comby, Claisse, Brunon, etc.

Il s'agit d'appendicite chronique, à forme thoracique et simulant la tuberculose.

Ces auteurs relatent dans les bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux, de très belles observations où leur sagacité mise à l'épreuve dans des cas très difficiles, les ramena à cette notion que chez certains malades tout plaide en faveur d'une tuberculose pulmonaire et il n'y a pas de tuberculose. Rien, ou presque rien, ne fait supposer l'appendicite chronique et il y a appendicite.

Cette simulation est fondée sur trois facteurs capitaux qui deviennent ainsi le patrimoine commun de ces deux affections : Appendicite et Tuberculose.

Ce sont : la fièvre.
l'amaigrissement.
la toux.

La Fièvre.

Sans raison, le thermomètre monte le soir aux environs de 38°, alors que le matin la température est voisine de la normale. Le pouls suit la température sans cette accélération disproportionnée si fréquente chez les bacillaires.

L'élévation thermique est exaspérée par la moindre fatigue qui s'inscrit sur la courbe avec la même fidélité que chez le tuberculeux au début : ce bon signe de bacillose latente, signalé par Daremberg.

Deux observations de Brunon et de Claisse, montrent cette épreuve nettement positive dans des cas d'appendicite chronique.

OBSERVATION IV

Observation de Brunon (Bulletin Médical, 11 novembre 1911

Jeune fille de 17 ans, jusque-là bien portante. Consulte parce qu'elle a de la fièvre, 13 février 1911. Brusquement, la température vespérale fut de 38°4, pouls à 90.

Langue saburrale. Pas de céphalée, pas d'insomnie, ni constipation, ni diarrhée.

Pas de vomissement, pas d'épistaxis.

Pas de toux. Rien à l'auscultation.

Légère résistance de la paroi à droite de l'ombilic et douleur à la pression.

Douleur vague et diffuse. Le diagnostic d'appendicite chronique est posé mais ajourné.

Le 15 février : même état. 37° le matin, 38° le soir. Etat général très bon.

Examen de tous les organes négatifs. La malade voudrait se lever.

L'enfant est tenue au lit, la douleur finit par disparaître les jours suivants.

J'abandonne mon diagnostic et pense à la possibilité d'une fièvre continue due peut-être à une tuberculose anormale. Le 4 mars, cure d'air pendant 15 jours.

La température s'abaisse vers 37°5. Le 20 mars, elle remonte et dessine d'assez grandes oscillations : 37°5, 38°5 ou 39°. Le pouls reste à 90 ou 100.

On donne des œufs, 1 à 4 par jour, des féculents, du pain et des fruits cuits.

De mai à juillet : lotions froides, drap mouillé, bains à 32°. La fièvre persiste 38°, 39° chaque soir.

Le 20 juillet la malade part pour la campagne. Depuis 6 mois, elle a de la fièvre et rien autre chose. Tous les organes sont restés muets. Il y a simplement pâleur, amai-

grissement, fièvre, découragement. Le séjour à la campagne n'amène aucune amélioration, 37° le matin, 39° le soir.

L'amaigrissement continue. Tristesse. Le 28 août, le Dr Claisse est consulté. Rien n'explique une fièvre de 6 mois, aucun signe stéthoscopique de localisation pulmonaire. Mais en palpant l'abdomen on trouve la région de l'appendice douloureuse. Pas de défense musculaire nette au niveau du point de Mac Burney, mais en appuyant un peu profondément, on détermine chaque fois une défense musculaire qui n'existe pas à gauche. Donc appendicite extrêmement probable.

Le 4 octobre, opération par M. le Dr Alglave. On trouve l'appendice entièrement fixé au cœcum par des adhérences solides, sans foyer suppuré, sans traces de tuberculose. L'extirpation fut assez laborieuse et un drain fut placé entre les sutures. Suites très simples.

Le 24 octobre, la fièvre n'a pas reparu. Le dernier mot n'est peut-être pas dit sur cette malade, mais le diagnostic n'en est pas moins exact.

Il y a là un amorphisme troublant dans ce cas d'appendicite chronique qui se déforme au point de ne se traduire que par le seul symptôme constant, la fièvre. La douleur, fugace au début, ne réapparaît plusieurs mois plus tard que sous l'influence du déplacement et de la fatigue.

OBSERVATION V

Osbervation de Claisse (Soc. méd. des Hôpitaux, 3 février 1911)

Pierre B., 29 ans. Homme bien développé, d'excellente santé habituelle, se livrant sans inconvénients à des exercices violents, à divers sports.

Jamais de maladies importantes, sauf pendant six mois, vers l'âge de 11 ans, des crises abdominales extrêmement pénibles. Il criait, se roulait à terre, restait allongé quelques heures, puis tout rentrait dans l'ordre. A 28 ans, il commence à maigrir, est fatigué au moindre effort, les digestions sont lentes, l'appétit diminue, la langue est chargée.

L'amaigrissement et la faiblesse augmentent, il en arrive à craindre la tuberculose. Bien au courant des choses de la médecine, connaissant l'épreuve de la marche de Daremberg, il prend sa température au retour de courtes promenades, constate qu'elle s'élève à 38° et au-dessus ; me communique ses craintes que je ne puis m'empêcher de partager.

Cependant l'auscultation faite minutieusement et à plusieurs reprises ne révèle aucune lésion pulmonaire. Les troubles toxiques paraissent provenir de l'appareil digestif. Les diverses tentatives médicamenteuses et diététiques échouent. Des semaines s'écoulent et la situation reste la même : faiblesse, amaigrissement, fièvre de mouvement sans aucune lésion pulmonaire.

Malgré l'absence de point douloureux au niveau de l'abdomen, l'idée d'appendicite finit par prendre corps. L'opération a lieu le 11 juin 1910. Elle est laborieuse ; l'appendice long, grêle, fibreux étant entièrement emprisonné dans un tissu scléreux d'ancienne péritonite adhésive.

Les suites opératoires sont bonnes. L'appétit revient dès les premiers jours et avant même d'avoir quitté le lit le patient a repris une alimentation normale, digère parfaitement et a le tient frais. Il part à la campagne et le 20 juillet a gagné 4 kg. Depuis lors il a repris sans aucun malaise les exercices physiques qu'il avait dû abandonner. Les accès de fièvre qu'il commandait à volonté

par une marche de 10 minutes ont définitivement disparu.

Cette fièvre a le caractère d'être « permanente, chronique et vespérale » (Brunon). Elle persiste pendant des mois avec une régularité désespérante, ne cède à aucun traitement antithermique.

Lorsque la fièvre présente une telle constance dans la tuberculose, les signes pulmonaires ne tardent pas à apparaître et à rendre le diagnostic ferme. En outre, les bacillaires ne sentent pas leur fièvre et se déclarent dispos, alors que le thermomètre révèle une température voisine de 40°. Les appendiculaires, eux, sentent leur fièvre même minime : un vague malaise, des sensations pénibles, chair de poule, tremblements, fatigue. La fébricule vespérale disparaît assez rapidement et détermine un état de sudation qui peut revêtir le caractère des sueurs nocturnes des tuberculeux.

L'Amaigrissement.

Il est à peu près constant. Il est le premier symptôme qui frappe l'entourage et pour lequel on vient consulter.

OBSERVATION VI

Observation de Comby (Soc. méd. des Hôpitaux, 26 mai 1905)

Un jeune Argentin de 25 ans. Santé parfaite jusqu'à 21 ans.

A ce moment : amaigrissement considérable, il perdit

15 kg. D'une maigreur frappante, teint blême. Anorexie, dégoût pour les aliments.

Nombreux examens médicaux à Buenos-Aires, le suc gastrique fut analysé, les crachats furent examinés, les poumons auscultés attentivement. Rien de positif.

Diagnostic hésitant : Dyspepsie chronique? Neurasthénie? Phtisie?

On prescrivit : régime sévère, séjour à la campagne. Aucun résultat. Séjour à la montagne. A Cordoba pour débilités et phtisiques. Deux cures sans succès. Il vient à Paris consulter un médecin des hôpitaux qui l'envoie à Saint-Moritz dans l'Engadine. Six semaines de sanatorium et d'altitute restent sans résultats. Notre malade revient en France absolument découragé.

Un jour, il me mande pour une indigestion qu'il croyait avoir, il avait vomi son dîner. Le diagnostic d'appendicite est porté. Après la crise, ventre souple, palpation facile : douleur insignifiante au point de Mac Burney. Par un interrogatoire serré, on arrive à retrouver dans le passé du malade des vestiges de crises analogues à celles-ci. Par deux fois pendant son séjour à B. A. il avait éprouvé tout à coup des douleurs abdominales très vives, mais de courte durée : 2 à 3 heures, sans vomissement ; en outre, depuis 4 ans : constipation opiniâtre, gaz, renvois nidoreux, langue sale, bouche amère. Tout cela pouvait être mis sur le compte d'une intoxication intestinale chronique.

M. Jalaguier, consulté, conseille l'ablation, mais pendant qu'on endormait le patient il avoua que l'appendicite était seulement probable et qu'on pouvait s'attendre à trouver un organ sain, c'est dire que jusqu'au dernier moment une certaine incertitude planait sur le diagnostic.

Mais le sommeil chloroformique obtenu, la palpation

profonde de la fosse iliaque fit reconnaître que l'appendice était gros. Après l'incision, l'organe fut aisément découvert ; il était volumineux, uni au cœcum par de nombreuses adhérences fibreuses.

Les lésions : adhérences multiples, augmentation de volume, sclérose oblitérante, folliculite attestaient une appendicite chronique de date très ancienne et justifiaient amplement l'opération.

Les suites furent bonnes et le malade sortit le 5 avril 1905 de la maison de santé. Il était bien portant. Appétit satisfaisant, digestions parfaites.

Au mois de juin, la guérison était maintenue, l'état général très florissant.

Parfois cet amaigrissement procède par à coup, sans raison, avec des rémissions non moins intempestives pendant lesquelles le malade semble complètement rétabli.

A côté de cet amaigrissement, il faut noter un état d'*asthénie* que rien ne sustifie ; une grande lassitude au moindre effort, une fatigue dès le réveil qui ne disparaît pas en fin de journée comme chez les neurasthéniques.

Il s'agit, le plus souvent, de jeunes gens qui s'anémient, leur teint est pâle et terreux, ils ont les yeux cernés comme dans l'intoxication tuberculeuse.

Mais parfois, au contraire, l'état général n'est pas altéré.

La Toux.

Et c'est la toux qui devient le symptôme alarmant. Elle peut exister seule ou accompagner d'autres signes.

C'est une toux sèche, quinteuse, parfois coquelucheïde comme dans l'observation suivante de Brunon. Elle se produit le matin au réveil, mais de préférence la nuit. L'expectoration est rare, mais possible surtout lorsqu'il s'agit d'adénoïdiens atteints de pharyngites chroniques ou encombrés de végétations. D'après certains auteurs (Delacour) se serait la règle, puisque l'appendicite chronique n'est qu'une manifestation de cette insuffisance thyroïdienne qui détermine des excès lymphoïdes.

OBSERVATION VII

Observation de Brunon (Bulletin méd., 11 novembre 1911)

Le 21 mars 1910, on me consulte pour une petite fille de 8 ans, de bon aspect, mais qui tousse chaque hiver depuis 3 ans. La toux a un caractère coqueluchoïde et s'accompagne de rougeur de la face et de rejet de mucosités, fréquente la nuit, interrompt le sommeil.

Les signes physiques sont vagues du côté de la poitrine : pas d'amaigrissement sus-claviculaire ou sus-épineux, pas de matité ni râles, ni craquements ; respiration rude aux deux temps et des deux côtés. Chuchotement de Despine net. Chaine ganglionnaire cervicale en grains de plomb, amygdales assez volumineuses, ouïe diminué à gauche. Température 38°5 à 3 heures de l'après-midi. Antagonisme très net entre cet ensemble et l'état général qui est très bon. Je pense à des accidents d'adénopathie trachéo-bronchiques. Je conseille le repos au lit sévère jusqu'à disparition de la fièvre, enveloppements froids du thorax et une bonne alimentation. Aération diurne et nocturne constante.

Le 8 avril, la toux a beaucoup diminuée, celle du jour est supprimée, celle de nuit est devenue rare et même il n'y a pas eu de toux depuis 7 nuits. Encore quelques mucosités. Appétit excellent. Le poids a augmenté de 500 gr.

Le 21 juin, la malade est moins bien. On a abandonné en partie le traitement. L'enfant se lève et va en pension. La toux est revenue : cinq ou six accès par jour, surtout quand l'enfant a marché dans la journée. Température 37°6 à 37°8 le soir. Pouls à 96 dès que l'enfant marche. Aspect général toujours bon ainsi que l'appétit et le sommeil.

A l'auscultation, toujours rien.

Augmentation de 2 kg. 500.

Donc retour de la toux, persistance de la fièvre, rien à l'auscultation. Bon état général.

Le 25 juillet, la petite toux persiste, régulière chaque jour. Elle réapparaît la nuit. Température 37°8 le soir. Signes physiques toujours nuls. 5 à 10 ctgr. d'albumine, j'ajoute 500 gr. de lait au régime et je supprime la viande.

11 août : Depuis le régime lacto-végétarien, la fièvre a disparu. La toux a beaucoup diminué, poids stationnaire.

A l'auscultation, respiration rude à gauche et faible à droite, en avant sous les clavicules.

Un fait nouveau : lorsque l'enfant a joué avec ses compagnes, le dimanche en particulier, elle est très fatiguée. Sa figure se tire et elle a une barre dans le ventre. Quelquefois elle marche un peu pliée en avant. J'examine le ventre, il est ballonné. Ni constipation, ni diarrhée, ni vomissements, ni nausées.

Toujours bon appétit. Au point de Mac Burney, douleur légère mais très nette à la palpation. La résistance de la paroi à droite est nette également. Je pense à l'appendicite et à des accidents pulmonaires de l'appendicite.

Je prescris de reprendre le repos absolu, les enveloppements et un régime convenable. On appliquera des serviettes mouillées froides sur le ventre.

29 septembre : L'enfant ne tousse plus depuis près de six semaines. Cependant la langue est blanche et le ventre toujours ballonné ; petite élévation de température le soir. La palpation est moins douloureuse ; néanmoins, à un bon travers de doigt en dehors de l'ombilic, elle fait faire une grimace à l'enfant.

Je déclare une appendicite, mon diagnostic est mal accepté.

Le 10 octobre, l'enfant est retournée en pension, la toux est revenue le 8e jour. Elle est gaie, mais les jeux la fatiguent. Les yeux sont cernés ; face légèrement ictérique. Sommeil agité. Toujours bon aspect général. Ventre toujours ballonné, jaune dans la région péri-ombilicale.

L'enfant se plaint de douleurs dans le ventre à la moindre marche et ne peut se coucher sur le côté droit. Il y a toujours tendance à une légère élévation de température le soir. Je confirme mon diagnostic d'appendicite chronique avec poussées subaiguës subintrantes.

Janvier 1911 : Le 1er décembre, à 8 heures du matin, a éclaté tout à coup une crise aiguë avec vomissement, ballonnement, douleurs de ventre et diarrhée. On crut à une indigestion.

La diarrhée et les vomissements persistent de 8 heures du matin à minuit. L'enfant n'est pas mise au lit. Elle marche dans la chambre, pliée en deux. Pendant plus de 10 jours, la vie est en danger. Tout finit par se calmer. Quand je vois l'enfant en janvier, elle ne tousse plus, ne rejette plus de mucosités. L'amaigrissement est considérable. La température est de 37°3, le pouls à 88. Langue saburrale. Douleurs vagues, pincements de ventre peu-

dant les repas. Le point de Mac Burney est toujours douloureux. La peau de l'abdomen est jaune dans la zône péri-ombilicale.

La famille croit à la guérison et refuse l'intervention chirurgicale.

Le 8 avril : nausées avec vomissements, douleurs spontanées vives dans le côté droit du ventre. Je vois ce malade le lendemain. La palpation est impossible à cause de la défense musculaire de la paroi. L'intervention est décidée.

Le 20 mai : Opération. Cœcum fixé par de solides adhérences. Impossible de l'amener au dehors ; l'extrémité de l'appendice est fixée au-dessous de l'intestin ; elle est perforée, mais ne laisse rien suinter.

Suites normales. La toux a complètement disparu. La santé est excellente. Le 15 octobre, augmentation de 3 kg. depuis l'opération.

L'enfant ne s'est jamais si bien portée depuis 3 ans.

OBSERVATION VIII

Observation de Walther (Société médicale de^s Hôpitaux, 31 mars 1911)

C. Georges, 14 ans, entre le 13 mars 1911, pavillon Michon.

Antécédents hérditaires : un frère soigné pour un petit lupus du talon droit avec minime lésion osseuse sous-jacente.

Antécédents personnels : pas d'affections graves. Ce qui domine les antécédents, ce sont des troubles respiratoires. L'enfant dormait la bouche ouverte, ronflait la nuit et avait tendance à s'enrhumer. Ces bronchites, au dire du malade, duraient un mois, quelquefois plus, pendant lequel la toux présentait le caractère nettement

quinteux, survenant la nuit surtout. Ces bronchites du reste apparaissaient aussi bien en hiver qu'en été.

Il y a 3 ans, à cause de ces troubles respiratoires, la mère conduit l'enfant à un médecin qui fait des piqûres d'eau de mer. Il conseille l'ablation des végétations et des amygdales. Les végétations sont râclées et les amygdales morcelées. Pendant un an, à la suite de l'opération, l'état est amélioré.

Depuis novembre 1910, la toux a reparu, surtout la nuit, s'accompagnant parfois de crises d'étouffement.

A ce moment, l'enfant vient consulter le Dr Walther. Enfant bien constitué. Facies adénoïdien, nez large, bouche ouverte, respiration nasale difficile, voûte palatine ogivale. Pas de crête médiane, pas de triade d'Hutchinson. Rhino pharynx rouge. Amygdales morcelées se reforment.

Pharyngite chronique marquée.

Micropoly-adénopathie généralisée.

Examen de l'appareil respiratoire : zône étroite de submatité de la région hilaire droite en arrière.

En avant l'expiration paraît plus rude, parfois soufflante à gauche, mais il suffit de faire tousser l'enfant pour modifier l'expiration.

En arrière l'expiration est peut-être un peu plus forte à gauche qu'à droite.

Appareil digestif, antécédents nuls. L'enfant raconte qu'il avait bon appétit, digérait très bien. Jamais de vomissements ni de douleurs dans le ventre. Pas de constipation.

Il y a deux mois, après avoir absorbé 1 litre de lait, le malade a ressenti une douleur vive et généralisée, il a souffert dans le ventre avec maximum à droite. Il s'est alité ensuite, pendant quelque temps et a ensuite repris la vie normale.

Il entre à l'hôpital le 13 mars.

La constipation persiste.

La palpation droite fait sentir le muscle droit contracturé, on ne peut le déprimer. La palpation à droite est douloureuse avec maximum au niveau de l'angle sous hépatique du côlon, un peu en dedans du point de Mac Burney et au-dessus de l'arcade crurale. On ne sent pas l'appendice, pas de gargouillement, un peu de submatité au pourtour de l'épine iliaque droite.

Foie légèrement abaissé, déborde les fausses côtes d'un travers de doigt. Rate non perceptible.

Toucher rectal : pas d'empâtement, légère sensibilité en haut et à droite. Langue blanche chargée. Urines 750 gr. en 24 heures, assez riches en phosphates.

Pas de température, pouls normal.

Le traitement et le repos font rétrocéder la toux. Les quintes sont moins nombreuses, mais se produisent encore surtout la nuit.

Opéré le 6 avril 1911 : Appendice présente des foyers de folliculite hémorragiques. Les suites opératoires sont bonnes. La toux a complètement disparu.

OBSERVATION IX

Observation de Brunon (in Bulletin Médical)

17 novembre 1910 : fillette de 12 ans, pâle et très amaigrie.

Aspect et intonation d'une adénoïdienne. Consulte le 17 novembre 1910, parce qu'elle tousse surtout la nuit. On craint la tuberculose.

Auscultation : peu de signes, peut-être un affaiblissement respiratoire au sommet gauche, ni matité, ni bronchophonie, ni craquements.

On signale encore des symptômes d'entérocolite, selles muco-membraneuses sans constipation ni diarrhée.

Elle a déjà eu de la fièvre et des douleurs abdominales, ces phénomènes persistent, l'amaigrissement augmente, on ne constate pas de fièvre.

Le diagnostic d'appendicite chronique est posé et le traitement médical est institué.

Sous son influence, la toux a diminué, les autres signes persistent, grande faiblesse, nausées, douleur à la pression, à droite.

Elévation de la température rectale 37°6 matin, 37°8 le soir.

Pouls à 116.

L'intervention chirurgicale est décidée.

25 avril : On trouve sur la muqueuse de l'appendice deux exulcérations séparées par un étranglement. La plus ancienne siège à l'extrémité de l'appendice qui est renflé en massue. Dans le canal on trouve un calcul stercoral du volume d'un grain de millet.

Pas d'adhérences.

La toux persiste pendant 15 jours.

Puis tous les phénomènes disparaissent, on constate une augmentation de poids considérable.

La toux peut s'accompagner de douleurs thoraciques dont la plus fréquente est une douleur dans la 1/2 droite du dos à la partie moyenne ou une sensibilité anormale de la fosse sus-épineuse droite.

Ou bien c'est une certaine dyspnée, un essoufflement d'effort pour monter un étage qui attire l'attention sur une maladie de poitrine.

OBSERVATION X

Observation de Brunon

Il s'agit d'une femme de 25 ans qui vient consulter, le 3 avril 1911, parce qu'elle tousse et a des *douleurs sur les côtés* de la poitrine. Ces douleurs sont très mal localisées.

Douleur épigastrique surtout vive.

Douleur abdominale sus-ombilicale augmentée par la marche et s'accompagnant alors d'essoufflement.

Vomissements bilieux fréquents depuis 1 an quelquefois alimentaires. Constipation.

Bronchites répétées depuis 5 ans avec expectoration abondante. Signes physiques nuls. Sous l'influence du régime et du repos, la malade de trouve mieux. Mais les douleurs thoraciques et abdominales persistent. Tous les 2 jours, la malade a des vomissements qui s'accompagnent d'une douleur épigastrique très vive. La malade dit qu'elle est sujette aux indigestions.

On songe à l'appendicite chronique. La région du point de Mac Burney est toujours douloureuse à la pression.

Sous l'influence de 3 semaines de repos, les douleurs sont moindres, mais l'état général est toujours aussi mauvais. Yeux creux et cernés, figure défaite, tristesse, affaissement.

La température atteint 38° le soir.

20 juillet : Opération.

Appendice non adhérent, muqueuse rouge et boursoufflée légèrement.

16 octobre : Amélioration quoique la *malade tousse toujours un peu.*

Les troubles dyspeptiques sont fréquents mais ne s'accompagnant pas toujours de douleurs bien nettes, ils sont masqués par les signes déjà énumérés. Dans les observations citées, on a pu voir qu'il existait cependant des vomissements, des nausées, surtout chez les enfants. La langue est presque toujours saburrale (et les auteurs font remarquer qu'elle est propre, chez les bacillaires). L'appétit est bien souvent supprimé : il y a des dégoûts électifs ; les digestions sont lentes ; la constipation est la règle.

Avouons que la fièvre, la toux, l'amaigrissement, peuvent donner un ensemble impressionnant et que le diagnostic de tuberculose pulmonaire peut sembler indiscutable ; or, les auteurs déjà cités, frappés du peu de netteté des signes stéthoscopiques et de la disproportion entre l'état général et l'état des lésions pulmonaires soupçonnées, nièrent la tuberculose en dépit même des antécédents bacillaires certains ! Assez souvent on trouve une légère congestion de la base droite, poussées pleurétiques ou spléno-pneumonies correspondant avec les poussées d'infection appendiculaire. Il y a une légère submatité ; le murmure vésiculaire est un peu atténué, on peut trouver certains frottements pleuraux, des râles sibilants de bronchites d'ailleurs variables et laissant comme reliquat une diminution de la respiration.

Sergent pense que cet œdème congestif est d'origine réflexe ; sous l'influence de l'excitation intestinale, il se produit une vaso-dilatation des capillaires du poumon aboutissant à la stase veineuse.

Or, dans la tuberculisation du sommet, au début de l'imprégnation bacillaire, on constate fréquemment ces signes de congestion de la base due aussi aux troubles vaso-moteurs provenant de l'irritation du pneumo-gastrique par les ganglions médiastinaux simultanément envahis.

On signale aussi la faiblesse du murmure vésiculaire au sommet droit. La pathogénie en est discutée. Faisans préfère y voir une simple coïncidence : malformations nasales, asymétries thoraciques.

Pour Walther, la toux serait un phéomène réflexe au même titre que la toux utérine.

A la longue, le traitement spécifique de la tuberculose pulmonaire : repos, aération et suralimentation ovo-carnée n'amenant aucune amélioration, quand par bonheur il ne précipite pas les événements intestinaux, le médecin essaie d'autres régimes, multiplie ses examens, serre de près les interrogatoires et finit parfois, par trouver dans les antécédents, des crises de vomissements survenues sans raison et attribuées souvent à de vulgaires indigestions ou bien des crises douloureuses abdominales mal localisées, diagnostiquées crises d'entéro-colites.

La douleur est encore le meilleur signe à rechercher. Elle est vague, peu intense, spontanée ou provoquée par la marche. Elle peut se réveiller périodiquement à l'occasion des règles. Elle est parfois mal localisée, mais le plus souvent à droite de l'ombilic. Elle peut débuter brusquement, assez violente et disparaître de même, laissant un vague endolo-

rissement dans la région appendiculaire. Elle se traduit sous forme d'élancements, de sensation de tension, de percements. Les irradiations peuvent se faire à tout l'abdomen ou bien vers le foie, le rein, parfois vers la cuisse, le testicule. La barre épigastrique est surtout relatée chez l'enfant.

Quand la palpation profonde ne la réveille pas, il faut pratiquer le procédé de Rowsing qui consiste à refouler les gaz de l'intestin terminal vers le cœcum. La distension de l'appendice provoque un réveil de la douleur. qui est le signe essentiel.

A côté de ce symptôme capital se groupent tous les troubles digestifs déjà énumérés et sur lesquels nous ne reviendrons pas.

Le médecin doit évoluer à travers ces difficultés pour arriver à la notion d'appendicite chronique qui commande l'intervention. Après l'opération, tout rentre dans l'ordre avec une force de suggestion impressionnante.

Dans les débats du 9 février 1902, notre maître M. Siredey, répond ceci : « Je pense avec M. Walther et avec M. Sergent, qu'il y a toujours un grand intérêt à opérer ces malades chez lesquels se produit une véritable cachexie d'origine appendiculaire. Bien que le mécanisme de la toux observée en pareil cas, ne soit pas d'une interprétation facile, la crainte de lésions tuberculeuses ne doit pas arrêter l'opérateur ».

2° Appendicite menant à la Tuberculose

Faux tuberculeux ? Peut-être, mais comme après tout on en est pas très sûr, il faut d'autant plus intervenir que, comme le démontre Sergent, l'affaiblissement qui résulte du mauvais état de leur intestin les conduit parfois à la tuberculose. « L'appendicite chronique ne se borne pas à simuler la tuberculose pulmonaire débutante, elle y conduit nombre de sujets » (Sergent).

Toute cause de dénutrition ou de nutrition insuffisante mène à la tuberculose. Or l'appendicite chronique par l'inappétence qu'elle détermine, la longueur des digestions, le ballonnement, la constipation ou la diarrhée, l'état saburral, les vomissements, entrave l'alimentation normale, fait des repas, sinon un supplice, du moins un assujettissement désagréable. Ajoutez à cela un régime insuffisamment réparateur, toutes causes qui préparent un terrain propice à l'invasion du baçille de Koch.

PROGRÈS MÉDICAL, 4 MAI 1912.

Si l'on considère, selon MM. Lœper et Esmonet, que « pour un adulte du poids de 60 kg. il faut 80 gr. d'albumine, 1 gr. 10 de substances calcaires, 10 gr. de substances minérales, 50 gr. de graisses, 380 gr. d'hydrate de carbone, on voit que de nombreux régimes pour appendicite n'apportent que le quart de l'albumine, le huitième de la graisse et le cinquième des matières minérales nécessaires.

Il faut aussi faire intervenir dans cet aperçu de nutrition insuffisante, cette notion que si les crises aiguës se multiplient, elles multiplient, elles aussi, les périodes de régime encore plus réduit : régime lacté ou au bouillon de légumes, ou même diète hydrique.

Non seulement l'appendiculaire mange mal, mais il assimile mal. Tout le tractus digestif est en état d'insuffisance glandulaire d'hypofonctionnement. L'état saburral, l'inappétence s'accompagnent fatalement d'une diminution de la sécrétion salivaire, la digestion des hydrocarbones est mal ébauchée. L'estomac est fréquemment atteint de gastrite avec hyperchlorhydrie et, d'après les recherches de Hayem, avec hyperpepsie.

On peut, en outre, trouver de la dilatation atonique avec météorisme, éructations, pesanteurs après les repas, clapotage gastrique. Mais c'est surtout le vomissement alimentaire qui représente le retentissement de l'infection appendiculaire sur l'estomac.

Ces troubles dyspeptiques font d'ailleurs errer le diagnostic quand manque le point appendiculaire.

Le Foie aussi est affecté. Il est tantôt gros, douloureux, congestionné ; tantôt petit, rétracté, ayant fortement entamé ses réserves alimentaires.

L'insuffisance glycolytique s'accompagne aussi d'albuminurie, d'urobilinurie, de peptonurie.

Il y a trouble de l'assimilation des sucres et des albuminoïdes.

Il y a trouble de la fonction biligénique qui crée la constipation, l'entéro-colite. Il y a trouble de la

fonction antitoxique du foie dont les lipoïdes (et notamment la cholestérine), jouent un rôle antituberculeux si actif.

Le *pancréas* est touché dans sa sécrétion interne et dans sa sécrétion externe, il ne digère plus qu'imparfaitement les graisses et les amylacés.

Lœper et Esmonet ont retrouvé dans les selles des quantités d'amyglase inférieures à la normale, et moins de ferment amylolytique dans les urines.

Mais c'est surtout à l'*entérocolite* que revient le principal rôle de facteur de tuberculose.

M. Sergent a montré, dans sa communication à la Société Médicale des Hôpitaux, combien l'entérite est une cause de *décalcification* intense. Au lieu de 40 % de chaux ingérée, retrouvée dans les selles de l'homme normal, on trouve 60 à 90 % chez l'appendiculaire. Or, cette chaux vient non seulement des aliments mais aussi de la muqueuse intestinale en état d'hypersécrétion. Lors des crises diarrhéiques, la chaux éliminée devient supérieure à la chaux ingérée.

M. Lœper a vérifié dans le sang la diminution du taux de la chaux qui passe de 7 à 8 cgr. pour 1.000 parties de zinc chez le normal, à 5 à 6 ctgr. dans les cas d'entéro-colite. Donc hypocalcémie. Cette décalcification, dont le rôle est actuellement bien connu dans la pathogénie de la tuberculose, est encore accrue par l'emploi des ferments lactiques que l'on déverse dans l'intestin de l'appendiculaire et qui exaspère l'acidité intestinale déjà augmentée par l'hyperchlo-

rhydrie, par l'insuffisance pancréatique et biliaire. Cette intoxication acide, cette « acidose » peut faire passer le coefficient de déminéralisation de 0,63 à 0,77.

Anémie.

Il y a, en même temps, une diminution des globules rouges et de leur hémoglobine. Cette anémie peut résulter, soit d'une hémolyse, soit d'une insuffisance des organes hématopoïétiques, soit d'un trouble de la fonction martiale hépatique.

La fièvre, en outre, accroît la destruction des albuminoïdes (comme le montre l'hypertoxicité urinaire) des graisses, des hydrocarbones, rendue manifeste par la perte de poids.

Dans les formes à entérocolite, la muqueuse intestinale irritée, rend la tuberculisation encore plus aisée, par le passage des bacilles de Koch ingérées avec le lait ou les aliments.

En résumé, l'histoire de la maladie chez les appendicitaires est l'histoire d'une longue dyspepsie préparant manifestement le terrain à la tuberculose ou réveillant son évolution alors qu'elle aurait pu rester à l'état larvé.

Voici des observations qui montrent des troubles appendiculaires à la suite desquels des signes *évidents* éclatent dans les poumons.

OBSERVATION XI

Observation de Walther, in thèse Ste-Marie Dodeuil, 1906

Jeanne C., 24 ans, entre pour appendicite, 6 avril 1906. Sœur tuberculeuse.

Réglée très irrégulièrement jusqu'à 22 ans, à la puberté fut atteinte d'adénite cervicale.

Depuis 2 ans, petite toux sèche et rhume chaque hiver.

Auscultation : sommet droit submat. induré avec craquements très nets en avant.

A gauche respiration très diminuée.

Histoire de la maladie : Il y a quelques mois, début de troubles dyspeptiques ; la malade s'alimente capricieusement, ressent des tiraillements d'intestins et une pesanteur douloureuse dans la fosse iliaque droite.

29 mars : crise aiguë d'appendicite ; vers le soir, vives douleurs prédominant à droite, vomissements, constipation.

A l'entrée : violentes coliques localisées à droite, nouveau vomissement.

Examen : hyperesthésie cutanée et défense douloureuse dans la région de l'appendice. Le point de Mac Burney est très sensible.

31 mai : Opération.

L'appendice, long de 11 cm., est dur, épaissi, très vascularisé, présentant à l'extrémité des tâches noirâtres dues à la folliculite hémorragique. A l'examen histologique, follicules suppurés ouverts dans la cavité atrophiée dans toutes les couches.

Sortie le 26 juin en bon état.

Revue 10 juillet 1905 : les craquements ont disparu.

Le sommet gauche respire encore mal.

Même état pulmonaire le 23 octobre 1905. Diminution du murmure à gauche.

Bonne alimentation et digestions.

Avril 1906 : les troubles pulmonaires ont totalement disparu.

En somme, dyspepsie appendiculaire sur un terrain suspect de tuberculose. Signes pulmonaires nets, améliorés par l'intervention, mais n'ayant complètement disparu que plus de cinq mois après.

OBSERVATION XII

Observation de Walthèr, in Marie Dodeuil

Marie N., 25 ans.

Entre le 15 mars 1906 pour appendicite. Père tuberculeux.

Mal réglée de 16 à 20 ans.

Il y a 18 mois : accouchement, puis soignée pour une pleurésie.

Actuellement, augmentation des vibrations au sommet droit ; diminution du murmure en avant ; en arrière, expiration rude et prolongée.

Vers l'époque de la pleurésie survint une crise douloureuse et abdominale. La malade fut mise à la diète et à la glace. Mêmes douleurs à la fosse iliaque droite il y a un an. Durée plusieurs mois. Ne nécessitaient pas le séjour au lit. Partant de la région appendiculaire, elles s'irradiaient vers l'épigastre et s'accompagnaient parfois de vomissements alimentaires.

Souvent, aux matières étaient mêlées des membranes blanchâtres.

Examen : Femme très amaigrie, teint jaunâtre, ventre souple. Douleur très nette au point de Mac Burney. Petit cylindre dur, profond, qui doit être l'appendice.

Par le toucher vaginal, on perçoit dans le cul-de-sac

gauche une masse arrondie, rénitente, indolente, peu mobile, du volume d'une mandarine.

Opération le 31 mars 1905. Hystérectomie pour kystes de l'ovaire bilatéraux.

L'appendice mesure 9 cm.

Le meso est très vascularisé comme le cœcum.

Infiltration de la muqueuse et sous-muqueuse, thromboses vasculaires, tissu fibreux de la sous-muqueuse en voie de développement.

En résumé, troubles dyspeptiques d'appendicite et d'entérocolite, remontant à une époque indéterminée avec signes du sommet dont une pleurésie permet d'admettre la nature tuberculeuse.

OBSERVATION XIII

Observation de Walther, in thèse Ste Marie Dodeuil

Mme X., 32 ans, entre le 30 janvier 1905 pour douleurs abdominales.

Père mort tuberculeux. A perdu 2 enfants de méningite bacillaire. Une fille de 8 ans a un mal de Pott.

Bien réglée depuis 15 ans, s'est mariée à 20 ans, a eu 4 grossesses, dont la dernière s'est terminée il y a 4 ans par une fausse-couche.

Depuis souffre dans le ventre.

Passé appendiculaire indécis. On ne peut avoir de renseignements précis sur une crise douloureuse abdominale avec vomissements survenue il y a 3 mois à l'époque menstruelle. La veille de l'entrée, crise semblable avec douleur diffuse dans le ventre ballonné, vomissements et fièvre.

Examen : Palpation, douleur fixe au point de Mac Burney. Toucher vaginal : collection annexielle gauche avec périmétrite.

Auscultation : Au sommet gauche qui sonne mal : retentissement de la voix et de la toux en même temps qu'une respiration rude.

Le 31 mars 1905 : hystérectomie : double salpingite purulente.

Appendice sous-ileo-cœcal gros, épais, rouge, couvert de fausses-membranes de péritonite récente.

Parois de l'appendice et muqueuse épaissie, 6 mm. et 2 mm. Sclérose très développée de la muqueuse et sous-muqueuse. Quelques abcès miliaires au centre d'un certain nombre de follicules.

Suites favorables.

Revue en parfait état le 10 juillet 1905. Fonctions gastro-intestinales excellentes. Les lésions pulmonaires ne se sont pas aggravées.

En résumé : appendicite chronique sur un terrain tuberculeux.

Chez ces trois malades de souche tuberculeuse, l'éclosion d'une appendicite chronique mène rapidement l'invasion au poumon par la tuberculose.

A la faveur de la dyspepsie appendiculaire, le bacille de Koch, resté latent, qui ne parvient pas à ébranler Mme X... fille de tuberculeux et qui supporte bien quatre grossesses, parvient cependant à se greffer sur le poumon dès que survient l'appendicite chronique.

OBSERVATION XIV

Observation in thèse de Lesueur

F. Paul, 22 ans.

Entre chez M. Letulle le 23 mai 1901.

Pas d'antécédents pathologiques.

A 19 ans : douleur brusque dans la fosse iliaque droite. Ventre ballonné. Ni fièvre, ni vomissements. Diagnostic : appendicite, repos au lit pendant un mois.

Depuis cette époque, les douleurs ont cessé, les digestions sont pénibles et la constipation habituelle.

A 20 ans : pleuro-pneumonie. Un mois de maladie, un mois de convalescence à la campagne, semble guéri, mais dans la suite sujet aux bronchites.

20 mai 1901 : Repris brusquement de douleurs dans la fosse iliaque droite. Les douleurs irradient à gauche, mais leur maximum se trouve à droite au point de Mac Burney ; elles s'accompagnent de douleurs lombaires et de courbatures généralisées. Nausées, anorexie, constipation, ventre ballonné ; pas de fièvre.

Le 23 mai entre à Boucicaut, 2 jours après l'apparition de ces symptômes. A ce moment on trouve de l'induration des deux sommets. La pression est douloureuse au niveau de l'appendice ; à la palpation de cette région, on sent un empâtement très net. Ventre ballonné. Constipation continue.

Pas de fièvre. Après une dizaine de jours, les phénomènes douloureux ont à peu près disparu. Cependant, le malade ressent encore parfois quelques douleurs sourdes, surtout quand il essaie de s'alimenter et la pression est toujours douloureuse; on perçoit encore un placard d'empâtement au niveau de l'appendice.

Paul F. quitte l'hôpital le 12 juin 1901. Les symptômes abdominaux ont disparu. Il tousse un peu, l'état général est peu satisfaisant, il a maigri de 4 kg.

En résumé, crise aiguë d'appendicite avec dyspepsie appendiculaire suivie de tuberculose pulmonaire au cours de laquelle nouvelle crise.

Ici l'acheminement vers la tuberculose est encore plus manifeste. Au bout d'un an de dyspepsie appendiculaire se déclare une pleuro-pneumonie à la suite de laquelle les bronchites deviennent fréquentes. A 22 ans, nouvelle crise appendiculaire, les signes pulmonaires sont alors nets et persistants.

OBSERVATION XV

Observation du Dr Walther, in thèse Ste Marie Dodeuil, 1906

Anna S., 17 ans. Entre pour crise subaiguë d'appendicite.

Antécédents familiaux : 3 frères morts en bas-âge de méningite.

Antécédents personnels : Réglée régulièrement, mais douloureusement depuis l'âge de 15 ans.

Histoire de la maladie : Depuis 4 ans, troubles dyspeptiques, tiraillements et crampes d'estomac pendant la digestion.

Depuis 3 ans : petite toux opiniâtre. L'appétit a diminué, depuis l'année dernière dépérissement. Constipation habituelle, sans entérite muco-membraneuse.

Depuis 8 mois : sensation douloureuse constante dans la fosse iliaque droite, plus nette aux heures de digestion et à la suite de fatigues.

Il y a un mois, après dix jours de constipation rebelle, la douleur s'est accentuée. Depuis 2 semaines, cette malade a dû s'aliter.

Pas de vomissement. En somme, aucune crise véritablement aiguë.

Examen : Douleur très nette localisée au point de Mac

Burney où l'on fait rouler sous le doigt un cordon dur. Le foie est un peu volumineux.

L'auscultation des poumons : à droite, submatité, un peu d'induration avec quelques craquements ; à gauche, inspiration faible avec expiration rude et prolongée.

Appendicectomie le 31 mai 1905.

Appendice très long (21 cm.) vascularisé avec varicosités à la surface. Moniliforme renfermant de petits calculs stercoraux.

Examen histologique : Chorion infiltré avec folliculite hémorragique et congestion vasculaire intense. Pas de lésions tuberculeuses spécifiques.

Suites opératoires bonnes.

Le jour du départ on n'entend plus les craquements.

Revue le 10 juillet : le sommet gauche respire mal. Digestion facile, bonne amélioration.

Au début de 1906 : respiration encore affaiblie. Bonne alimentation.

Ici encore, un an après les accidents de dyspepsie appendiculaire, le malade se met à toussoter.

Au bout de 4 ans : des signes aux sommets que l'opération ne fait pas entièrement disparaître.

OBSERVATION XVI

Loeper et Esmonet (Progrès Médical, 4 mai 1912)

Mlle A., 27 ans. Fièvre typhoïde, il y a 9 ans. A ensuite présenté à diverses reprises des crises abdominales vraisemblablement de nature appendiculaire.

Soignée de mai 1909 à juin 1910 pour dyspepsie et constipation, avec douleur spontanée et provoquée très nette dans la région appendiculaire. Devant la persistance des phénomènes abdominaux et l'apparition d'un état sub-

fébrile 37°5 à 38°, l'appendicectomie est pratiquée en juillet 1910 par M. Lenormand ; appendice petit, scléreux, obturé à l'extrémité.

La malade part en Suisse, elle a augmenté de 4 kg. ; son état est assez satisfaisant jusqu'à février 1911, sauf persistance de la dyspepsie et de la constipation.

A cette date, la fièvre réapparaît ; légère hémoptysie. Obscurité au sommet droit avec submatité et vibrations augmentées. Séjour à la campagne.

Actuellement (mars 1912). Signes nets d'induration du sommet droit, confirmé par la radioscopie.

Dans ce cas, ainsi que dans le précédent, l'appendicite chronique avec entérocolite a précédé l'éclosion de la tuberculose.

3° Appendicite trahissant la tuberculose

Discussion clinique.

Mais parce que des signes pulmonaires sont devenus *évidents* à la suite de crises appendiculaires, devons-nous conclure que c'est l'appendicite qui a « mené » à la tuberculose ?

Jeanne C. (observation XI) a une sœur tuberculeuse. Elle-même a été réglée très irrégulièrement jusqu'à 24 ans. A la puberté, on note une adénite cervicale. Depuis 2 ans, elle a une petite toux sèche et des rhumes fréquents chaque hiver. Peut-on affirmer que Jeanne C... est indemne de tuberculose?

Des troubles dyspeptiques surviennent. Une crise aiguë d'appendicite éclate. On trouve alors un sommet droit submat avec induration et craquements très nets en avant. A gauche, la respiration est très diminuée.

Les signes sont alors évidents, mais la tuberculose sous roche n'en était pas moins préexistante. Après l'opération, les craquements ont disparu. Le sommet gauche respire encore mal. L'amélioration manifeste amenée au niveau du poumon par l'appendicectomie est indéniable dans tous les cas cités et sans exception. Nous verrons plus loin comment il faut l'interpréter.

Dans l'observation XII, on note : père tuberculeux, malade mal réglée. Pleurésie, suite d'accouchement.

A notre avis, il est inutile d'en demander davantage pour être convaincu que ce terrain est bien bacillaire.

Dans l'observation XIII, père tuberculeux, 2 enfants morts de méningite bacillaire. Une fille de 8 ans a un mal de Pott. Depuis la dernière grossesse, il y a 4 ans, la malade se plaint de crises abdominales qui ont débuté au moment d'une période menstruelle. Le sommet gauche respire mal. Il y a retentissement de la voix et de la toux. La respiration est rude. Cette malade, qui a donné naissance à trois enfants tuberculeux, avant son histoire abdominale, avait bien une tuberculose réelle.

Dans l'observation XIV : A 20 ans, pleuro-pneumonie, sujet aux bronchites. Douleurs appendiculaires. On note alors de l'induration des deux sommets. Après la crise aiguë le malade tousse un peu. L'état général est peu satisfaisant, il a maigri de 6 kg. Là encore cette pleuro-pneumonie et cette facilité aux bronchites nous laissent des doutes bien naturels sur l'intégrité de ce terrain.

Dans l'observation XV, 3 frères sont morts de méningite. Dysménorrhée. Au cours d'une dyspepsie appendiculaire, le malade se met à tousser. On trouve à droite une submatité, une induration avec quelques craquements ; à gauche, une respiration faible, une expiration rude et prolongée.

Les collatéraux sont de mauvais présages. La dysménorrhée nous sembla l'annonciatrice d'une bacillose sommeillante peut-être, mais réveillée pour peu de chose. La dyspepsie appendiculaire aura beau jeu.

Il serait trop fastidieux de passer en revue toutes les observations citées comme typiques de tuberculose post-appendicitaires et dans lesquelles nous pourrions relever des signes quasi certains de tuberculose primitive ; nous nous en tiendrons là.

Nous pensons avec Sabourin qu'il s'agit là d'appendicite « trahissant » la tuberculose. Celle-ci, discrète, silencieuse dans ses manifestations, pouvant passer inaperçue, a besoin de l'empoisonnement intestinal pour s'exaspérer et devenir tapageuse.

Elle se réveille avec son polymorphisme particulier. Elle peut revêtir parfois un caractère si anormal que bien souvent un diagnostic impossible prend l'étiquette de tuberculose « anormale ». Nous en avons un exemple dans l'observation IV : Aucun signe stéthoscopique, mais devant la persistance de cette fièvre incompréhensible et tenace, Brunon pense à une forme atypique de tuberculose. La cure d'air fait d'ailleurs baisser la fièvre, mais la suralimentation ramène les grandes oscillations.

Après l'appendicectomie, la fièvre n'a pas reparu, mais le dernier mot n'est peut-être pas dit sur cette malade. Il n'y a aucune preuve formelle contre l'existence possible d'une tuberculose.

L'observation V est caractéristique par la fièvre de mouvement, l'amaigrissement et la faiblesse. Or, malgré l'absence de point douloureux au niveau de l'abdomen, on tente l'opération et on trouve un appendice malade. Claisse nie la tuberculose parce qu'aucun signe stéthoscopique n'est positif ; or, il ne

lie pas la possibilité d'une appendicite, bien que le critérium, la douleur locale à la pression et la défense musculaire fasse défaut. En l'absence de signes pulmonaires est-on si sûr que cela qu'il n'y a pas eu de bacillose?

Même incertitude pour l'observation VI. Les terrains scrofuleux nous semblent, à priori, très douteux.

Voici le malade de l'observation VII ; il a une toux coqueluchoïde avec rejet de mucosités. Il présente un chuchotement de Despine net, une chaîne ganglionnaire cervicale, des amygdales volumineuses. L'ouïe est diminuée à gauche. On pense, à juste titre, à des accidents d'adénopathie trachéo-bronchique. Par un traitement approprié, la toux diminue, le poids augmente de 500 gr. en 15 jours. La toux persiste cinq mois après.

A l'auscultation, on trouve une respiration rude à gauche, faible à droite sous les clavicules.

Peut-on vraiment croire, parce que l'appendicectomie amène une grande amélioration, qu'un tel système respiratoire soit d'une intégrité absolue ?

Dans l'observation suivante, le frère présente un petit lupus du talon. L'enfant est un adénoïdien aux bronchites fréquentes, à pharyngite chronique. Il présente une micropolyadénite généralisée, on trouve une zône étroite de submatité de la région hilaire droite en arrière. En avant, l'expiration est plus rude, plus soufflante à gauche. Enfin nous relevons encore, dans l'observation IX, des douleurs thoraci-

ques, de l'essoufflement, des bronchites répétées depuis 5 ans, avec expectoration abondante.

Les signes physiques ont beau être trouvés nuls par le médecin qui a ausculté de tels poumons, nous affirmons qu'ils ne pouvaient être indemnes et d'ailleurs, même après l'opération, la malade tousse toujours un peu.

Nous relevons dans le *Journal des Praticiens*, du 11 novembre 1916, six observations typiques de « syndrômes pulmonaires » dans l'appendicite chronique, du Dr Pied (nous y renvoyons le lecteur.

« La symptomatologie pulmonaire domine nettement la scène », ce sont des tousseurs, des amaigris qui « ignoraient leur ventre ». Il y a des signes suspects aux sommets, « signes d'infiltration des deux sommets » (obs. I). Même fait pour l'observation II, la malade est en outre « souffreteuse, les épaules voûtées, les yeux caves, secouée par la toux ».

La malade de l'observation III est soignée comme bacillaire depuis 6 ans : infiltration du sommet droit et congestion du lobe moyen. Ou bien on trouve : obs. V, submatité du sommet droit, retentissement de la voix et de la toux, inspiration rude ; sous la clavicule, en dehors, et dans la fosse sus-épineuse, petits foyers de râles sous-crépitants discrets.

Dans l'observation VI : bronchite du sommet droit. Submatité, bronchophonie, inspiration rude, saccadée, expiration soufflante, à la partie externe de la fosse sus-épineuse, la respiration s'entend à peine, mais la percussion donne un son mat accompagné de retentissement de la voix et de la toux.

L'examen radioscopique montre un sommet droit un peu moins transparent que le gauche. Dans tous ces cas, une amélioration très sensible et même presque complète se fait sentir après l'appendicectomie. Dans trois cas même, une grossesse ultérieure ne déclanche aucune poussée bacillaire.

Et le Dr Pied conclut qu'il ne peut y avoir qu'une pseudo-tuberculose.

Disons que cette tuberculose est de bonne composition. L'appendice malade seul était mal supporté. La gravidité fut mieux accueillie, c'est possible et d'autant plus possible que, après l'ablation de l'organe malade, le sujet remontant le courant de sa déchéance se trouva alors à l'apogée de son pouvoir d'accumulation.

Nier que dans les cas cités il n'y a pas d'ensemencement bacillaire nous paraît bien osé.

Ne voir la tuberculose nulle part est peut-être plus dangereux que de la voir trop souvent.

« Pour affirmer que l'appendicite a mimé la phtisie, il faudrait ou bien produire des autopsies formellement négatives, ou bien être assez sûr de soi pour certifier que sur le vivant les sommets sont absolument indemnes de tout ensemencement bacillaire » (Sabourin).

Au lieu de la simulation, Sabourin croit bien plutôt à la coexistence de l'appendicite et de la tuberculose. Cette coexistence est d'ailleurs beaucoup plus fréquente qu'on ne le suppose ordinairement, puisqu'un sur deux des malades du sanatorium de Durtol

présente une histoire appendiculaire : soit des accidents aigus ayant nécessité l'opération, soit des troubles de dyspepsie appendiculaire peu évidents qui laisseraient méconnue une inflammation de l'appendice si Sabourin ne la recherchait systématiquement chez tous ses tuberculeux.

Cet auteur en fait, d'ailleurs, une modalité de la tuberculose.

Appendicisme

Il l'a appelée « Appendicisme », « maladie tuberculeuse ». C'est une appendicite chronique sommeillante, dénotant une souffrance appendiculaire. Il n'y a pas de crise, cependant la douleur à la pression et la défense musculaire existe soit permanente pendant des mois ou bien disparaît pendant de longues rémissions.

« Le cas le plus fréquent est celui-ci. Un tuberculeux mange d'une façon ridicule ; on le pousse a une alimentation plus abondante quoique choisie. En peu de jours, la constipation de bon augure fait place au relâchement intestinal, au ramollissement des selles. Si l'on veut aller trop loin, c'est la selle demi-liquide. Dès qu'on revient en arrière l'intestin se consolide (Sabourin).

A côté de cette *intolérance alimentaire*, il faut noter la *forme entérique* moins fréquente.

La constipation remonte à plusieurs mois. Il y a une douleur ombilicale facile. Le malade sent sa fosse iliaque gauche aussi bien que sa droite. Les

matières sont dures, en boules allongées souvent de mince calibre. Il y a parfois des débâcles diarrhéiques. Le sigma est en contracture, parfois relâché, mais toujours un peu sensible. Au foyer appendiculaire, un point douloureux beaucoup plus caractéristique est permanent.

C'est ce que les tuberculeux ont coutume d'appeler « leur entérite » (Sabourin).

« L'appétit n'est pas régulier, il est capricieux. Le dégoût est facile, ils ont la nausée pour un rien ; s'ils sont tuberculeux apyrétiques, ils s'habituent à vivre en mangeant très peu. Leur entérite se réveille dès qu'ils font un écart de régime ». Ils déclinent lentement et vont voir tous les spécialistes, fréquentent toutes les stations thermales pour traiter leur entérite.

A la moindre toux le matin : un petit rejet de bile. Chaque embarras gastrique est accompagné d'une petite jaunisse à défaut de laquelle la cholurie ne manque jamais pour peu que le médecin voie les urines presque tous les jours. Outre le foie gros et sensible parfois, on trouve la douleur appendiculaire. « La forme la plus intéressante parce que la plus difficile à dépister est l'appendicisme chez les tuberculeux non avérés. Il s'agit, le plus souvent, de jeunes gens, d'enfants délicats, pâlots, sans appétit ; les yeux cernés, fatigués pour un rien, apathiques, faibles de l'estomac et de l'intestin. Ils ont des embarras gastriques pour des riens, accompagnés de petite jaunisse, de cholurie ; si l'on cherche l'appendicite, 8 fois sur 10 on la trouve » (Sabourin).

Ce sont des candidats à la phtisie, porteurs de glandes, de grosses amygdales, d'adénoïdes, d'otite. Observation VII et VIII. Leur croissance s'effectue tant bien que mal ; un beau jour, la tuberculose se dénonce, crève les yeux, et si l'on cherche dans les antécédents, on retrouve ces vieilles histoires de vomissements, d'entérite, de jaunisse. A la fosse iliaque, l'appendice est trouvé sensible.

AUTO-OBSERVATION DU DOCTEUR X

(Inédite)

Etant enfant, embarras gastriques fréquents, avec fièvre.

Constipation tenace. L'exonération de l'intestin devenant un « véritable accouchement ». Alternance de débâcles diarrhéiques.

A l'occasion de marche prolongée, d'un exercice fatigant : le malade éprouve une douleur sourde, spontanée dans la fosse iliaque droite, accrue par la pression au niveau du point de Mac Burney, s'accompagnant de contracture du sigma, avec douleur aussi à gauche.

Les matières étaient dures, allongées, de mince calibre. Le malade ajoute « j'appelais cela mon entérite ».

En 1915, à l'âge de 25 ans, une petite toux s'éveille, quinteuse, sèche, avec expectoration muqueuse sans bacilles. Pas de fièvre. On trouve de petits froissements sous la clavicule gauche, et une respiration faible en arrière.

Le malade accuse un point douloureux justa vertébral gauche, et Sabourin trouve une plaque acronnale droite. (Petit foyer embolique).

Il y a en même temps mauvais état général. Amaigrissement, anorexie.

Par le repos, le grand air et quelques adjuvants, une amélioration notable de l'état général s'établit. Le poids se relève. On fait un peu de suralimentation, exagérée sans doute, car après quelques mois de cette alimentation trop forte, les selles deviennent molles, pâteuses « en bouse de vache » le plus souvent.

La douleur à droite existe. Pas de crises appendiculaires aiguës.

Subictère, dégoût facile, perte d'appétit, nausées pour un rien.

On conseille un régime alimentaire composé de purées, de pâtes, de riz, de cacao, de glands, de confitures, de nèfles. On prescrit de l'acide chlorhydrique, car il y a une hypopepsie manifeste (la plupart des bacillaires ont un suc gastrique déficient).

A l'examen des matières, on trouve des résidus de viande non digérés, du tissu conjonctif, avec intolérance légère pour les hydrates de carbone.

Il y a une réelle amélioration avec ce régime, mais le ventre est toujours « senti ».

On pratique l'appendicectomie.

« Pas de granulations sur le péritoine, pas de coudure de *Lane*, ni de péricolite. Il y a des adhérences au niveau de l'appendice qui mesure 13 cm. de long. et dont l'examen histologique fut fait.

« Lésions inflammatoires, pas de points caséifiés, pas de cellules géantes. En somme pas de traces spéciales de tuberculose. »

Il y a une grande amélioration des troubles intestinaux, mais cependant, depuis 2 ans, les selles sont faciles, non moulées comme autrefois.

L'auscultation révèle des signes de sclérose pulmonaire avec persistance de deux ronflements acromiaux.

Le malade confie qu'il est en outre un angioneuroti-

que, nerveux, avec des palpitations émotives faciles, sans phénomènes cyanotiques bien accentués cependant.

En état de déchéance organique, la suralimentation relevait la courbe du poids, améliorait l'état général mais jusqu'à un certain niveau seulement, comme il arrive souvent chez l'angioneurotique.

Près donc d'avoir atteint « son point de saturation », ce malade a continué à trop manger (et ce fut une grosse erreur), les urines devinrent chargées, hautes en couleur, le ventre devint plus sensible à certains moments, par intoxication stercorale et c'est à ce moment que l'expectoration devint plus abondante, l'essoufflement plus facile, avec instabilité thermique.

Devant cette intolérance secondaire il aurait dû renoncer aux œufs, à la viande crue, etc.

C'est à ce moment que l'épine appendiculaire fut surtout sentie, que l'intestin se relâcha et qu'on dut enlever « ce petit organe inutile et malfaisant ».

Le Docteur X. ajoute : Il est probable que j'ai commencé par cet appendicisme des tuberculeux pour plus tard, sous l'influence d'une nourriture trop forte, par hypopepsie, faire de l'entérocolite (par insuffisance de digestion de la viande).

Dans ces conditions, l'épine étant enlevée, je conserve comme séquelle et je conserverai toujours cet état catarrhal inflammatoire du gros intestin qu'un régime alimentaire bien compris, une station thermale appropriée devrait améliorer cependant.

Je suis partisan, continue le Docteur X., de l'appendicectomie chez le bacillaire, mais chez ces « déséquilibrés du ventre » on devrait ne point se contenter de la petite ouverture, mais ouvrir largement, faire même une incision médiane, afin d'explorer minutieusement tous les organes abdominaux : foie, rein, intestin, appendice,

estomac, détruire les adhérences, les coudures, remonter un estomac de ptosique. Faire en somme une large intervention. A ce prix seulement et par des soins consécutifs on peut améliorer un intestin.

« Cependant, après l'opération, je n'ai plus maigri, alors que j'étais en train de me démolir avant, et je n'ai plus souffert. L'appétit a été meilleur, le teint s'est coloré, plus de cette jaunisse et surtout plus de menace de crise appendiculaire aiguë, peut-être mortelle ! »

Nous faisons quelques réserves quant au point de vue opératoire. Nous ne pensons pas, comme le docteur X..., que le chirurgien doive et puisse redresser tout ce qui est à redresser dans un abdomen de bacillaire. Une intervention, comme la conçoit le docteur X... serait longue et choquante pour n'importe quel sujet, à bien plus forte raison pour un tuberculeux en menace de septicémie bacillaire. Nous acceptons cependant l'idée d'une exploration rapide aussi complète que possible afin de se rendre compte de l'étendue des lésions extra-appendiculaires.

L'appendicisme est donc de monnaie courante chez les petits scrofuleux, les petits candidats à la phtisie ou les tuberculeux déjà évidents.

Il ne faut pas oublier qu'il y a de grandes rémissions pouvant se compter par mois, par années. Il y a des sommeils et des réveils identiques au niveau des épines d'appendicite comme au niveau des épines bacillaires des sommets du poumon.

Pendant ces réveils appendiculaires qui s'accompa-

gnent de « simulation », les phénomènes pulmonaires plus ou moins bronchitiques congestifs laissent après eux la trace indéniable de l'ensemencement tuberculeux des sommets. C'est le petit point sensible à la pression du doigt pendant des mois, c'est au même niveau un petit froissement pleuro-pulmonaire, c'est parfois à ce même niveau, mais surtout vers les acromions, le petit ronflement sous-pleurétique d'une petite plaque cicatricielle. C'est un ou deux petits grains de plomb ganglionnaires roulant sous le doigt dans l'espace sus-claviculaire, ces signes sont suffisants » (Sabourin).

Ce même auteur prétend que ces soi-disant simulations de la tuberculose par les appendiculaires peuvent guérir tout comme la vraie tuberculose des sommets, au début, sans que l'appendice soit enlevé et que, après guérison aussi formelle que possible de ces accidents pulmonaires, l'appendice peut manifester de nouveau ses souffrances *sans* que rien ne réapparaisse sur les poumons. La prédisposition ne manque pas, cependant, en pareil cas ! (Sabourin).

« Autre catégorie de faits : des appendiculaires chroniques avérés portent dans leurs poumons des lésions tuberculeuses non moins avérées mais bénignes : soit de petis foyers primitifs sur le segment interne des sommets, soit des crépitations pleurétiques sur le reste du liseré supérieur, soit encore une petite plaque acromiale ronflante par intermédiaire, soit même un petit foyer pleuro-pneumonique secondaire de l'angle scissuro-vertébral. Ces malades,

apyrétiques ou presque, ont un état habituel normal, si l'on peut dire, comportant tel symptôme d'auscultation avec tel taux d'expectoration ; à la cure rationnelle, ils semblent marcher vers la guérison ou bien ils piétinent sur place comme trop souvent les appendiculaires : une crise bénigne d'appendicite survient. Le thermomètre s'élève plus ou moins dans les 24 heures. On s'aperçoit que la toux est plus fréquente, que les crachats ont doublé ou triplé, que les foyers tuberculeux des poumons sont devenus largement humides, sifflent ou roulent, ou soufflent, que le malade les sent davantage spontanément ou à la pression du doigt. Cela dure tant que dure la crise appendiculaire et disparaît avec elle ou 48 h. après, généralement sans qu'il reste de traces de ce petit orage et le statu quo antérieur reprend, pendant la durée duquel le malade peut réparer sa tuberculose comme s'il n'était pas un appendiculaire » (Sabourin).

Si les accalmies sont de plus en plus longues du côté de l'appendice, les malades peuvent guérir leurs poumons. Ceci est rare.

Ou bien la guérison pulmonaire a lieu parce que les crises appendiculaires devenues menaçantes on s'est décidé à opérer.

Ou bien on n'opère pas. Les crises subintrantes maintiennent les lésions pulmonaires en congestion et en activité constante et l'aggravation suit une marche rapide (Sabourin).

En résumé, ces malades, tuberculeux avérés, quoi-

que de façon bénigne, se comportent de la même façon que les pseudo-tuberculeux du type Faisans, ce qui laisse quelques doutes sur l'absence de tuberculose chez ces malades dont l'appendicite simulait la tuberculose.

L'appendicite ou la souffrance appendiculaire ne possède pas à elle seule le pouvoir d'humidifier les lésions pulmonaires, de les réveiller et de les rendre évidentes. Nous pourrions montrer que la période cataméniale devient pour la femme tuberculeuse une « véritable épée de Damoclès ». Tant que le poison menstruel circule dans l'organisme, le poumon devenu un point faible, subit tous les assauts de l'attaque congestive. Et il y a des femmes tuées par leurs règles comme il y a des tuberculeux tués par leur appendice.

Mais cet autre fait est plus proche du point qui nous intéresse : tout trouble gastro-intestinal produit un semblable retentissement. Il suffit parfois d'un aliment mal toléré, provoquant une indigestion, pour ramener une activité passagère des foyers bacillaires, même au niveau de lésions reconnues bénignes, quelques dixièmes de degré en trop au thermomètre, sensations douloureuses thoraciques, râles congestifs, sécrétions plus abondantes, « véritable état catarrhal ».

La *constipation* produit les mêmes méfaits qui rétrocèdent dès qu'une hygiène convenable ou l'emploi de laxatifs libère l'intestin de cette stagnation trop prolongée des matières.

Les femmes présentent souvent ce tableau clinique, grandes constipées, grandes « rétentionistes », comme les appelle Sabourin, elles restent en état de congestion permanente pendant des mois, des années. Un beau jour, on soigne leur constipation et l'on est fort surpris de voir leurs poumons se nettoyer comme par enchantement. L'ensemencement bacillaire indéniable, cependant, est devenu presque introuvable.

« Si au lieu d'être des constipés, ces malades avaient été des appendiculaires, on en aurait fait des pseudo-tuberculeux, des appendiculaires simulant la tuberculose pulmonaire, et cependant ce sont bel et bien des tuberculeux. Et c'est parce que ce sont des malades de la poitrine que l'appendicite prend une forme thoracique ; le poumon : véritable « locus resistanciæ » si bénignes que soient ses lésions, fait point d'appel à ces « humeurs peccantes » de nos ancêtres, lesquelles se fixent au niveau des foyers bacillaires pour faire autour d'eux des accidents pulmonaires pérituberculeux. Lorsque les désordres de la crase sanguine disparaissent, la congestion périnodulaire disparaît, mais la lésion, l'épine, qui avait joué le rôle de fixation, redevenue silencieuse, n'en existe pas moins.

L'intoxication intestinale a « trahi » la tuberculose latente : comme la fièvre prémenstruelle, l'hémoptysie menstruelle, trahissent la tuberculose pulmonaire.

La répercussion de ces « humeurs peccantes » est

tellement rapide que parfois les signes pulmonaires semblent précéder le phénomène abdominal.

« En somme, que ce soient des appendiculaires, de simples obstrués ou des empoisonnés du tube digestif pour une autre cause, les tuberculeux susceptibles d'avoir des crises abdominales peuvent faire des accidents pulmonaires pérituberculeux à chacune de ces crises et si, comme dans l'appendicite chronique, la crise arrive à être continue, non moins continu est l'accident pulmonaire. Il ne faut donc pas s'étonner si le dit accident cesse avec l'ablation de l'appendice. Mais l'opération n'enlève pas les foyers bacillaires qui servaient de centre d'attraction et d'évolution à ces congestions locales d'apparence simili tuberculeuse » (Sabourin).

On ne s'explique pas, d'ailleurs, pourquoi une affection viscérale déterminerait une poussée congestive du sommet s'il n'y avait pas une raison anatomopathologique expliquant cette localisation. Il est admis que les répercussions thoraciques d'origine viscérale se font vers les régions inférieures des poumons, par réflexe vaso-moteur.

Tout se simplifie si l'on veut bien admettre que des foyers congestifs, les poussées de bronchite locale, les pseudo-rhumes pérituberculeux se font là où les colonies bacillaires ont passé et ont laissé des traces si méconnaissables soient-elles?

La tuberculose est si commune depuis qu'on ose ausculter les gens et qu'on sait les ausculter, qu'il y a bien des chances de la trouver.

Quant à l'appendicite on la trouve chez les gros mangeurs, chez les blessés du vermium par corps étrangers ou par parasites ; elle existe une fois sur deux chez les tuberculeux et parmi ceux-là, il n'y a pas que des gros mangeurs ou des parasités, ou des avaleurs de corps inertes. Il faut bien admettre que cette grande fréquence, rendue indiscutable par l'éloquence des chiffres, possède une autre origine.

De ce que l'on ne trouve pas toujours le follicule tuberculeux ou les cellules géantes, devons-nous dire qu'il ne s'agit pas d'origine tuberculeuse?

Notions de tuberculose inflammatoire.

Les travaux de Poncet et Leriche, sur la tuberculose inflammatoire, ont éveillé l'idée qu'un processus tuberculeux pouvait déclarer à distance du foyer bacillaire des réactions inflammatoires banales, aspécifiques, comme celles que nous avons vues chez nos tuberculeux porteurs de lésions appendiculaires aspécifiques.

L'imprégnation bacillaire ne serait pas suffisante chez ces malades pour déterminer la lésion typique.

Le bacille de Koch ne serait pas l'auteur de ces réactions inflammatoires, mais sa toxine microbienne déterminant une lente intoxication trop bâtarde, trop atténuée pour être vraiment virulente et folliculaire.

Dans de nombreuses observations classiques, on relève des méningites simples, des bronchites bana-

les, des laryngites vulgaires chez des tuberculeux et qui, cependant, relèvent de la grande diathèse.

Landouzy a enseigné et démontré que la pleurésie « a frigore » si souvent aspécifique et anatomiquement indifférente est presque toujours fonction de tuberculose.

Nous ne voulons pas passer en revue toutes les inflammations aspécifiques qui cependant, par le fait des inoculations positives, sont reconnues d'origine tuberculeuse : tuberculides, rhumatisme tuberculeux abarticulaire, etc.

« Il y a dans la tuberculose une échelle de malignité offensive et de spécificité réactionnelle.

Tout au bout de l'échelle, les bacilles de Koch, très infectants, tuent par intoxication brutale, massive, sans même laisser le temps à l'organisme de faire des réactions tissulaires caractéristiques, (*Tuberculose septicémique*). — Un degré au-dessous, ils donnent l'*explosion granulique*, plus bas les agents de virulence moyenne sont les tuberculoses *médicales*, et s'ils sont plus faibles encore, les tuberculoses chirurgicales.

A une atténuation plus grande, enfin, correspondent les *scrofules* et les petites infections du même type. Sa virulence peut être plus faible encore ; elle crée alors les lésions bâtardes bien connues surtout des dermatologistes, où il faut, par exemple, une mise en coupe réglée de tout un placard dermique pour trouver une cellule géante ou quelque chose d'approchant. Enfin, tout au bas de l'échelle, le ba-

cille de Koch très affaibli, amoindri, aux toxines atténuées, n'a plus le pouvoir destructeur habituel. Il évolue dans les tissus sans engendrer de réactions spécifiques ; il se borne à produire des flux congestifs, des scléroses plus ou moins durables » (Poncet).

L'appendicite, de par sa structure histologique, est plus propice que tout autre organe à réagir aux infections générales. Son aptitude est telle que Gayet et Croisier ont décrit « un syndrôme appendiculaire » au début ou au cours d'une infection tuberculeuse générale. C'est une simple réaction séreuse, fugace, identique à celle que l'on voit sur la plèvre ou les articulations.

On pourrait nous objecter que nous voyons de la tuberculose partout, comme d'autres ont trouvé partout la syphilis.

Gaucher, le 11 avril 1904, fit à la Société de dermatologie et de syphiligraphie une communication sur l'origine syphilitique de l'appendicite. Sur 32 cas d'appendicite, il a trouvé 25 fois la syphilis.

Ceci, à notre avis, prouve que toute grande diathèse, qu'elle soit tuberculeuse ou syphilitique, impressionne désagréablement un organe aussi susceptible que l'est l'appendice et que les humeurs rendues « peccantes » par le bacille de Koch ou le tréponème, diminuant la résistance de l'appendice, celui-ci se laisse entamer par les germes de l'inflammation.

Traitement

Le traitement médical : Le régime alimentaire, les médications adjuvantes donnent des répits dans la souffrance appendiculaire, mais c'est un traitement dangereux. Il donne l'illusion transitoire de guérison mais n'empêche pas les rechutes ni les poussées aiguës. Il donne aux malades l'espoir que l'intervention pourra être évitée et expose parfois aux crises mortelles et toujours aux cachexies lentes. S'il y a des exceptions, elles ne doivent pas compter.

La règle est que le danger est trop grave pour temporiser. Il faut pratiquer l'appendicectomie. Il y a aussi un autre danger à ne pas intervenir : l'appendicite des tuberculeux peut devenir le point de départ de l'évolution d'accidents plus graves sur le gros intestin. Et pour arrêter net cette éventualité, il faut enlever à temps l'appendice. Les progrès de la chirurgie abdominale et de l'anesthésie nous laissent en paix sur le sort ultérieur des opérés. Avec la rachi-anesthésie ou l'anesthésie régionale, les poumons des tuberculeux n'ont plus à craindre les atteintes du chloroforme et de l'éther.

CONCLUSIONS

L'infection tuberculeuse latente frappe très souvent l'appendice, comme elle le fait de tous les organes lymphoïdes. Elle l'enflamme, le congestionne ou le sclérose et de toutes manières prépare le terrain aux agents infectieux banaux qui déterminent la crise aiguë.

Au maximum d'imprégnation bacillaire correspond l'appendicite spécifiquement tuberculeuse.

A un degré moindre la manifestation tuberculeuse se traduit par une réaction appendiculaire banale « aspécifique » masquant bien souvent les localisations pulmonaires ou s'accompagnant de phénomènes thoraciques transitoires s'évanouissant dès que l'appendice a été enlevé, ce qui a fait admettre des formes d'appendicite simulant la tuberculose.

Ou bien ces signes pulmonaires ont persisté et l'on a cru que l'appendicite avait mené à la tuberculose.

Nous croyons très fermement, avec Sabourin, que l'appendicite n'a fait que « trahir » une tuberculose préexistante.

La disparition des symptômes thoraciques (quand

elle a réellement lieu) après l'appendicectomie, ne doit pas nous surprendre. C'est un fait constant que la suppression d'un foyer suppuré ou d'une lésion infectieuse améliore rapidement un tuberculeux, qu'elle lui permet même de guérir, surtout quand le foyer n'est pas trop ancien.

D'autre part, qu'on n'accuse pas l'appendicite de préparer le terrain à la tuberculose. Elle est déjà là depuis longtemps alors qu'on craint seulement de la voir apparaître. Nous savons maintenant ce que veut dire « prétuberculose ».

Les entérocolites, les appendicites prétuberculeuses, comme la décalcification, ne précèdent pas l'infection tuberculeuse, elles en « procèdent » (Poncet).

L'appendicisme tel que l'a décrit Sabourin est bien une maladie tuberculeuse quoique sans lésions spécifiques.

Selon Poncet et Leriche, il s'agit de tuberculose inflammatoire comme on en voit de nombreuses manifestations dans le cas de tuberculose atténuée.

La preuve ne sera formelle que lorsqu'on pourra publier un grand nombre d'observations appuyées sur des données certaines telles que l'inoculation au cobaye en séries.

Almartine a pratiqué des examens d'appendices qui n'avaient ni macroscopiquement, ni microscopiquement, traces de tuberculose ; or, dans deux cas d'appendicectomie à froid, l'inoculation au cobaye fut positive ; sur une série

de 8 cas d'appendicectomie à chaud, on obtint deux cas de tuberculisation chez le cobaye. Il nous semble intéressant de poursuivre les recherches dans ce sens. Nous laissons le champ libre à ceux que cela pourra intéresser, regrettant de n'avoir pu le faire nous-mêmes. Cette connaissance aura d'ailleurs un intérêt tout spéculatif. Quelle que soit l'étiologie des appendicites chez les tuberculeux et que la tuberculose soit latente ou évidente, réelle ou simulée : il n'y a qu'un traitement sans répliques :

C'est l'abation de l'épine morbide.

A l'appendicectomie précoce chez les tuberculeux non cachectiques nous n'avons trouvé aucune contre-indication.

Vu, le Doyen, *Vu, le Président,*

ROGER. POUCHET.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

Aumont. — Appendicite cholériforme et diarrhée dans l'appendicite, Thèse, Paris, 1906.

Beaugendre. — Appendicite et tuberculose ; leurs rapports réciproques, Thèse, Paris, 1914.

Berard. — Appendicite, Masson, éditeur, 1914.

Bouilly et Terrier. — Discussion sur l'appendicite, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 2 mars 1892.

Bouglé. — Appendicite tuberculeuse, *Bulletin de la Soc. d'anatomie*, 30 janvier 1903.

Brin. — Appendicite chronique d'emblée, *Gazette des Hôpitaux*, mars 1909.

Brunon. — Appendicite chronique ou tuberculose, *Bull. méd.*, 10 novembre 1911.

Charrin et Pouget. — Pseudo-tuberculose localisée sur l'appendicite, Soc. de Biologie, 1897.

Chevassu et Périgny. — Fréquence de l'appendicite chronique, Thèse de Paris, 1909.

Claisse. — Appendicite simulant la tuberculose, Soc. méd. des Hôpitaux, 3 février 1911.

Comby. — Soc. méd. des Hôpitaux, 31 mars 1911.

Cornil. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1906.

Delacour. — Syndrôme adénoïdien, 1904.

Dieulafoy. — Pathologie interne, Appendicite et Entérite.

Faisans. — Soc. méd. des Hôp., 27 février 1911.

Gaucher. — Appendicite et syphilis, Soc. de Dermatologie, 11 avril 1904 ; *Presse Médicale*, 20 avril 1904.

Gayet et Croisier. — *Lyon Chirurgical*, mai 1910.

Guinard. — App. méconnues, *Journal des Praticiens*, 19 décembre 1908.

Hérisson. — App. tub., *Gazette des Hôpitaux*, 1906.

Jalaguier. — Traité de chirurgie, appendicite.

Lauce. — App. et tub. pulm., *Gazette des Hôpitaux*, mars 1911.

Lardennois. — Stase colique, Presse méd., 7 juin 1913.

Le Bras. — Tub. append., Thèse, 1910.

Lejars. — Diagnostic clinique de l'append. tub., *Semaine médicale*, 9 novembre 1910.

Lesueur. — Anatomie pathologique de l'append. chez les tub., Thèse, Paris, 1903.

Letulle. — Histologie pathologique de l'appendicite, *Bull. de la Société méd. des Hôpitaux*, 26 mars 1897. — App. et tub., *Revue de la Tub.*, 1905. — Société de Biologie, 19 mai 1906.

Liégault. — Diagnostic de l'app. chronique simulant la tub. pulmon., Paris, 1911.

Loeper et Esmonet. — Pourquoi certains entéritiques deviennent tuberculeux, *Progrès Médical*, 4 mai 1912.

Longuet. — Dyspepsie appendiculaire et son traitement chirurgical, *Semaine méd.*, 1902.

Massary. — Soc. méd. des Hôpitaux, 31 mars 1911, 9 février 1912 ; *Monde médical*, 25 juin 1912.

Mauclaire et Arglave. — Soc. de l'anatomie, 1899.

Mirande. — Syndrôme appendiculaire sans lésion de l'appendice dans les affections thoraciques, Thèse, Paris, 1900.

Montais. — App. chron. d'emblée, Thèse, Paris, 1900

Mosny. — Note sur l'appendicite spontanée du lapin, Soc. de biologie, 6 mars 1897.

Mutel. — Diagnostic et Traitement de l'appendicite chez les tuberculeux pulmonaires, Paris, 1912.

Nonches. — Influence de la menstruation sur la tub. pulm., Thèse, 1906.

Paoli. — App. tub., Montpellier, 1908.

Pesquerel. — App. chronique, Thèse, Paris, 1899.

Petit. — Append. tubercul., Thèse, Paris, 1905.

Pied. — Syndrôme pulmon. de l'append., *Journal des Praticiens*, 11 novembre 1916.

Pinault. — Append. chronique et pseudo tub., Paris, 1912.

Poucet et Leriche. — Tuberculose inflammatoire.

Quintard. — Diarrhée au début de l'appendicite, Thèse, Paris, 1907.

Rastouil. — Append. chronique, Paris, 1901.

Reclus. — Appendicite, Soc. de chirurgie, 21 juin 1893 ; Typhilite et app. tub., *Bull. méd.*, 21 juin 1893.

Richelot. — Congrès de chirurgie, 1911.

Charles Richet fils. — Etude clinique et expérimentale des entérites, Thèse, Paris, 1912.

Riou. — App. chronique symptomatologie, Thèse, Paris, 1908.

Rocher. — App. chronique à forme asthmatique, Thèse, Paris 1912.

Sabourin. — Tub. pulm. et app. chronique, *Journal des Praticiens*, 10 mai 1912. — Appendicisme, janvier 1913. — Traitement rationnel de la Phtisie, équivalents menstruels chez les tub. — Fièvre menstruelle chez les phtisiques, *Revue de méd.*, mars 1905.

Sainte Marie Dodeuil. — Tub. et app., Thèse, 1906.
Mlle Schoumsky. — App. dans la rougeole, Thèse, 1909.
Sergent. — App. chronique et tub., 10 mai 1912. — Entérocolote prétuberculeuse, Soc. méd. des Hôp., 3 février 1911. — 9 février 1912.
Silchol. — Congrès de chirurgie, 1911.
Siredey. — Soc. méd. des Hôpitaux, 31 mars 1911 ; 9 février 1912.
Talamon. — Appendicite et périty phite.
Veirat. — Append. tub., Thèse, Paris, 1904.
Wagon. — App. chron. d'emblée, Paris, 1904.
Walther. — Soc. méd. des Hôpitaux, 31 mars 1911, *Journal des Praticiens*, 24 mars 1900.